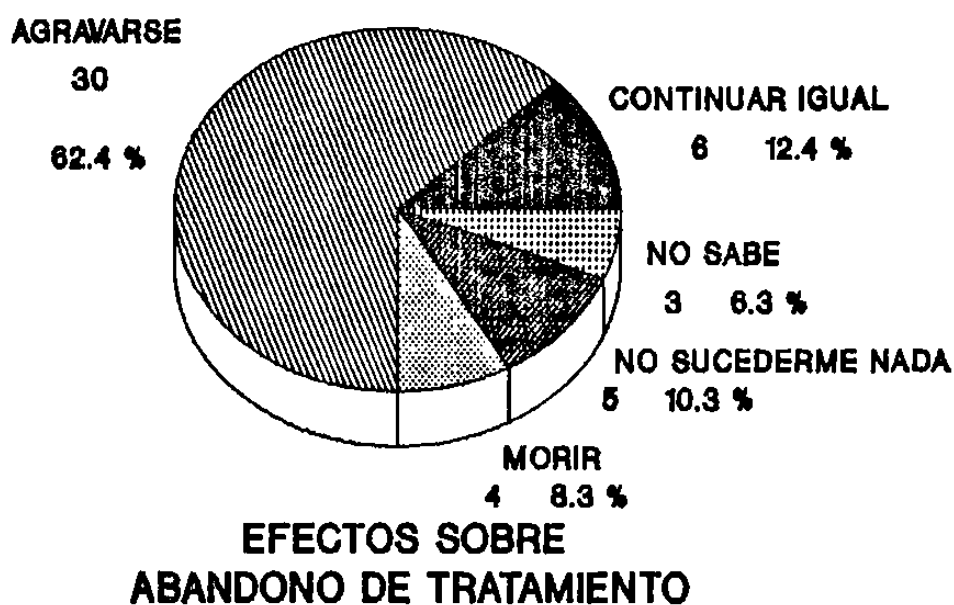


FIGURA 15

CREENCIA SOBRE EFECTOS DEL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

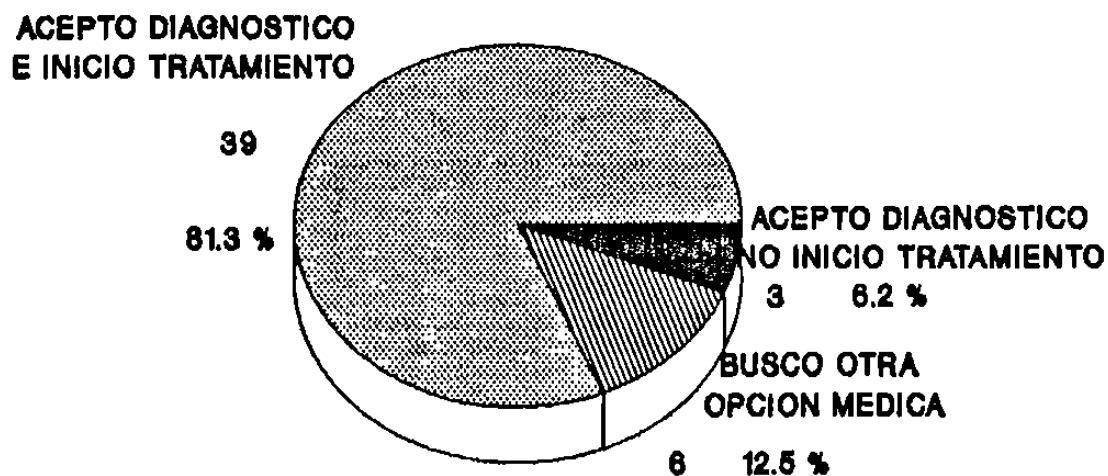


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

De la población estudiada respecto a los efectos sobre el abandono del tratamiento antituberculoso: el 62.4 por ciento sabe que puede agravarse, el 12.4 por ciento piensa que puede continuar igual, el 10.3 por ciento piensa que no le sucederá nada, el 8.3 por ciento piensa que puede morir; por último un 6.3 por ciento no sabe lo que pasaría por abandonar el tratamiento.

FIGURA 16

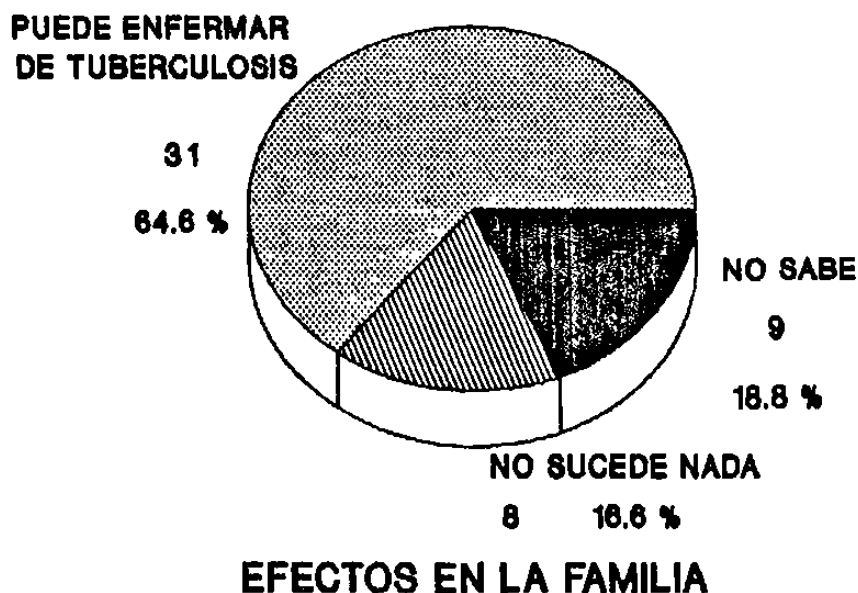
**DECISION ANTE EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES
QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.**



**DECISION DEL PACIENTE
ANTE EL DIAGNOSTICO**

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

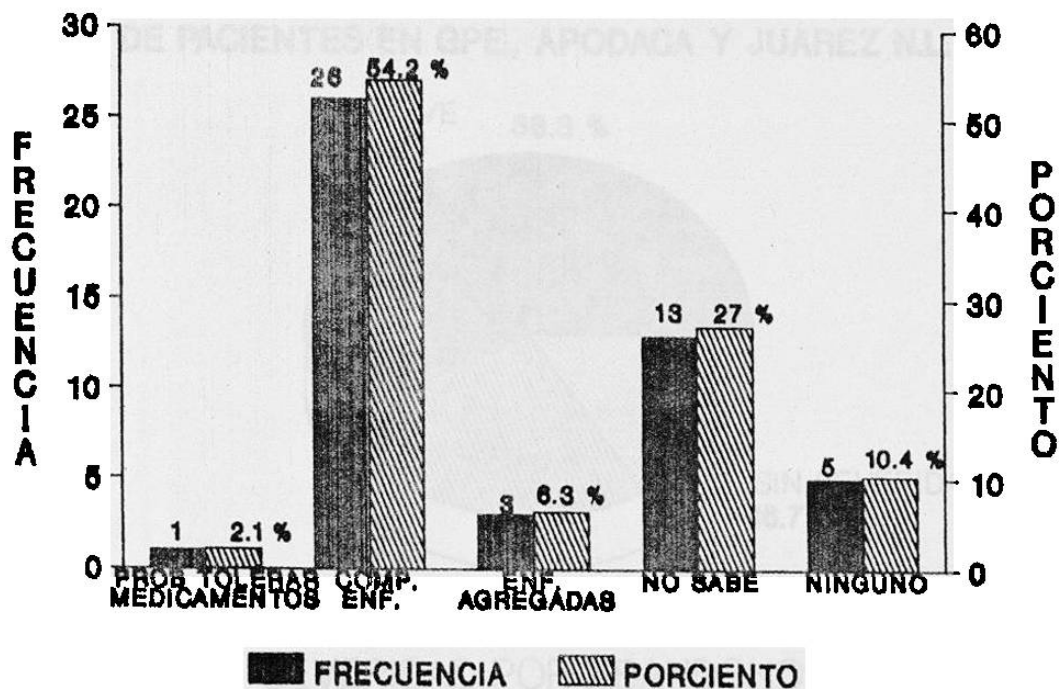
La decisión que tomó el paciente cuando le diagnosticaron la tuberculosis fue: El 81.3 por ciento aceptó el diagnóstico e inició el tratamiento, el 12.5 por ciento buscó otra opción médica y el 6.2 por ciento aceptó el diagnóstico pero no inició el tratamiento.

FIGURA 17**EFFECTOS EN LA FAMILIA POR ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.**

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

De los 48 pacientes que abandonaron el tratamiento un 64.6 por ciento sabe que la familia puede contraer una enfermedad, un 18.8 por ciento ignora lo que le sucedería a su familia y un 16.6 por ciento piensa que no pasaría nada.

FIGURA 18
CREENCIAS SOBRE LOS DAÑOS CAUSADOS A PACIENTES POR ABANDONO
DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA Y JUAREZ NL



PROB.- PROBLEMAS

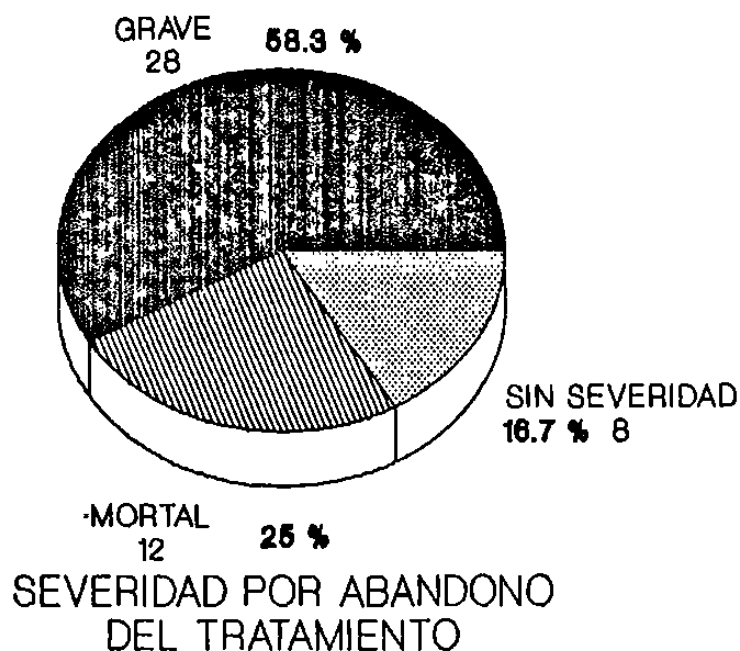
ENF.- ENFERMEDAD

COMP.- COMPLICACIONES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación con la creencia de daños que ocasionan el abandono del tratamiento antituberculoso el 54.2 por ciento considera que la enfermedad puede complicarse, el 27 por ciento no sabe que daños le pueden ocasionar, el 10.4 por ciento señala que no tendrá daño por abandonar el tratamiento; el resto 8.4 por ciento refiere enfermedades agregadas y problemas de intolerancia al medicamento.

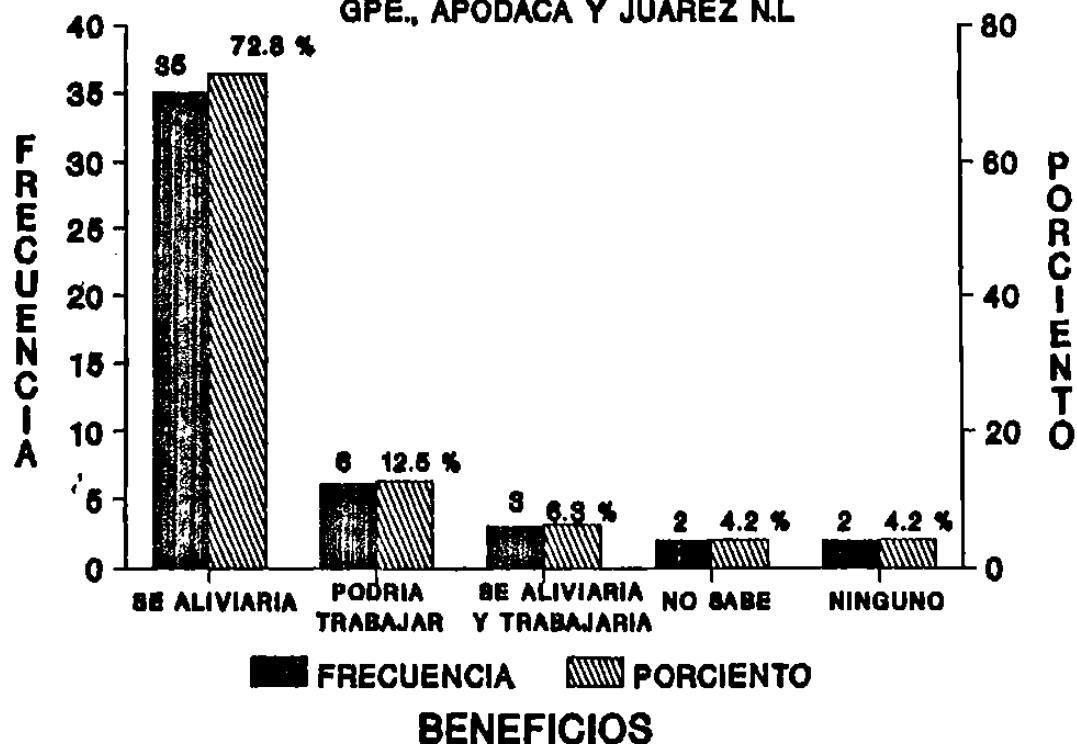
FIGURA 19
SEVERIDAD POR ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
DE PACIENTES EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

La severidad de la enfermedad por causa del abandono del tratamiento en la población estudiada fué el siguiente: El 83.3 por ciento percibe que se agravaría y sería mortal la enfermedad, y el 16.7 por ciento señaló no tener severidad de la enfermedad al abandonar el tratamiento.

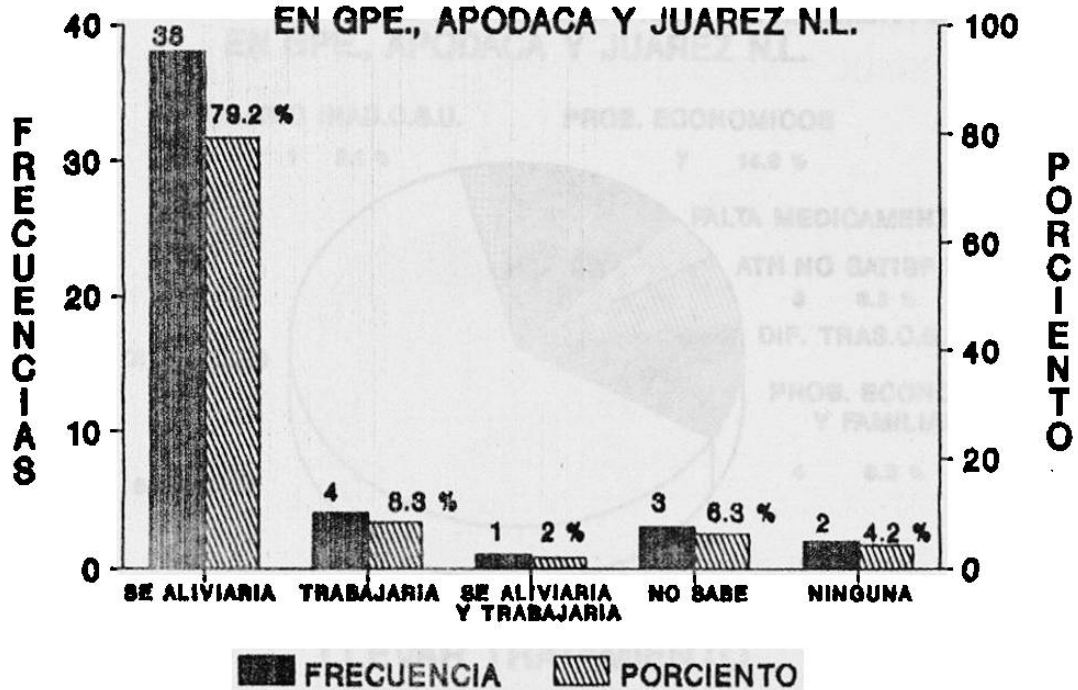
FIGURA 20
CREENCIAS SOBRE BENEFICIOS POR TERMINAR TRATAMIENTO DE
PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN
GPE., APODACA Y JUAREZ N.L



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Las respuestas de los pacientes en cuanto a la creencia de beneficios que obtendría por terminar el tratamiento antituberculoso fueron los siguientes: El 72.8 por ciento se aliviaría, el 18.8 por ciento percibe que se aliviaría y podría trabajar; el resto el 8.2 por ciento considera que no obtendría beneficios ó desconoce que beneficios obtendría.

FIGURA 21
BENEFICIOS POR REINICIAR TRATAMIENTO DE PACIENTES QUE
ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

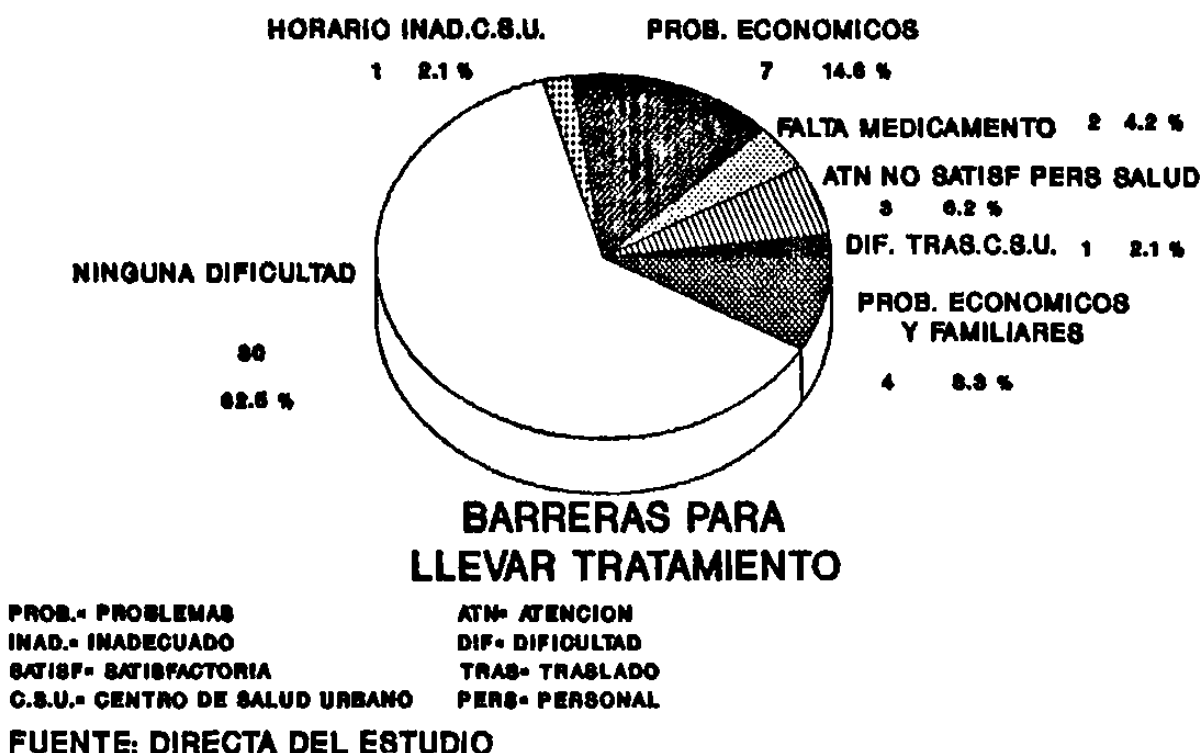


BENEFICIOS POR
REINICIAR TRATAMIENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Los beneficios percibidos por el paciente si decide reiniciar el tratamiento serían: 79.2 por ciento piensa que se aliviaría, el 10.5 por ciento refiere que no obtendría beneficios o los desconoce, el resto 10.3 por ciento piensa que se aliviaría y que podría volver a trabajar.

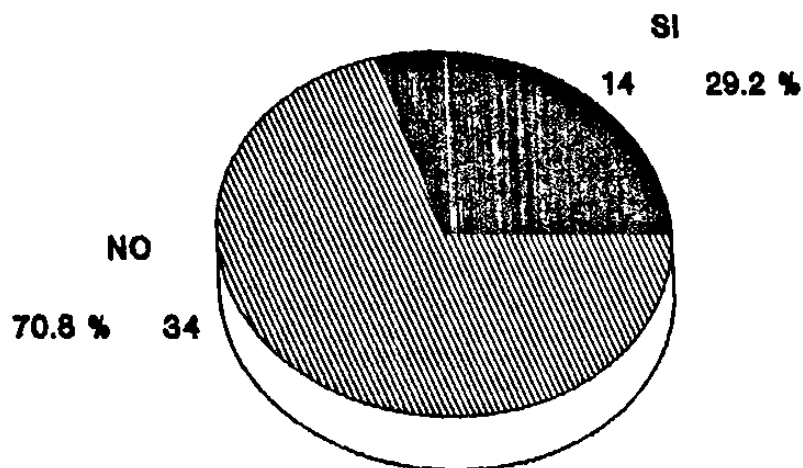
FIGURA 22
BARRERAS QUE IMPIDEN EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



Entre las barreras encontradas por los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso se encontró que el 62.5 por ciento refiere no tener ninguna dificultad, el 22.9 por ciento su barrera principal fué el aspecto económico y problemas familiares, el 6.2 por ciento refiere recibir atención no satisfactoria.

FIGURA 23

PROBLEMAS POR EL TRATAMIENTO A PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE, APADACA Y JUAREZ N.L.



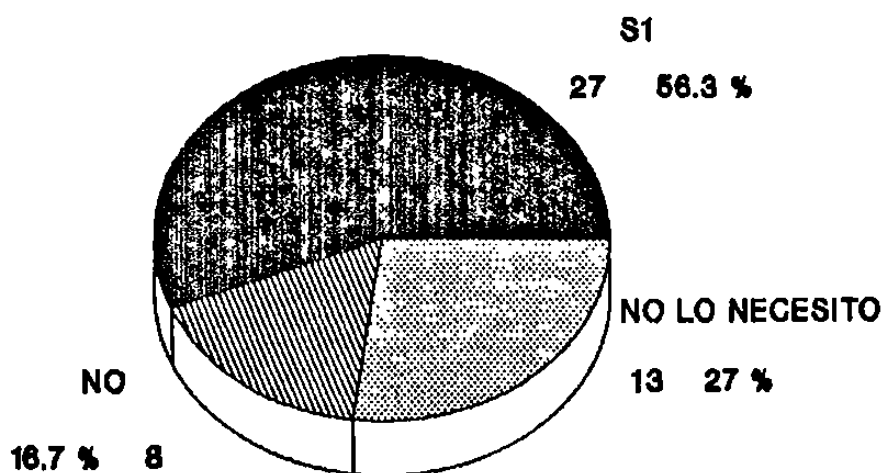
PROBLEMAS POR TRATAMIENTO MEDICO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

La respuesta de los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso por problemas con el tratamiento médico a su persona fué negativo para el 70.8 por ciento y el 29.2 por ciento afirmativo.

FIGURA 24

DECISION DEL PACIENTE DE REINICIAR EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

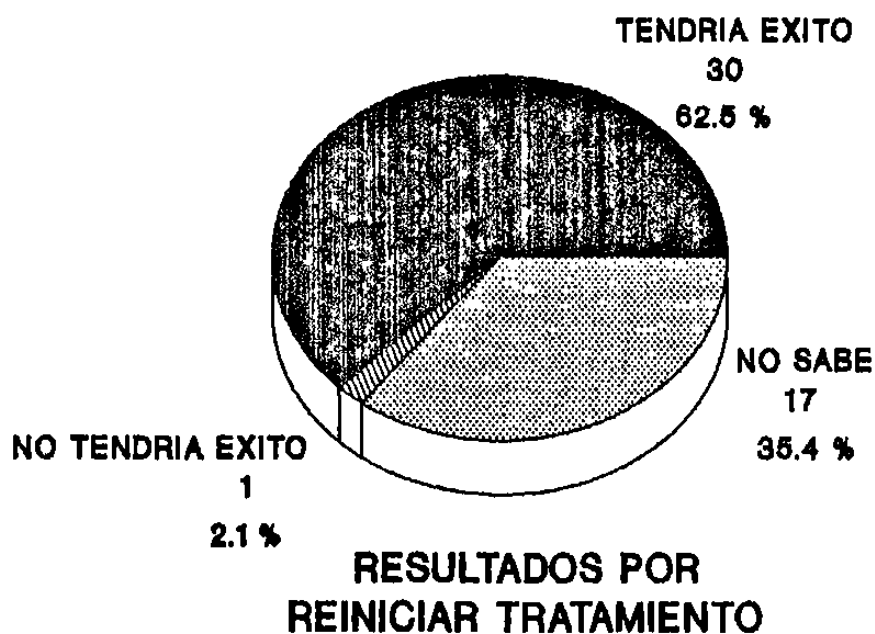


DECISION DE REINICIAR EL TRATAMIENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En la toma de decisiones de los pacientes respecto a reiniciar o no el tratamiento, el 56.3 por ciento decide reiniciarlo, el 16.7 por ciento no desea reiniciarlo y el 27 por ciento señala no necesitar el tratamiento.

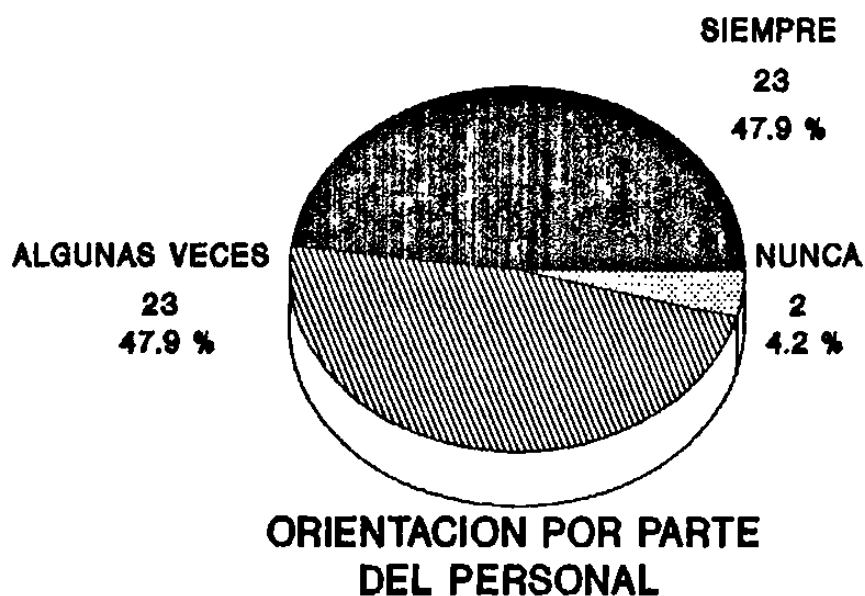
FIGURA 25
RESULTADO POR REINICIAR EL TRATAMIENTO DE PACIENTES QUE
ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DE ESTUDIO

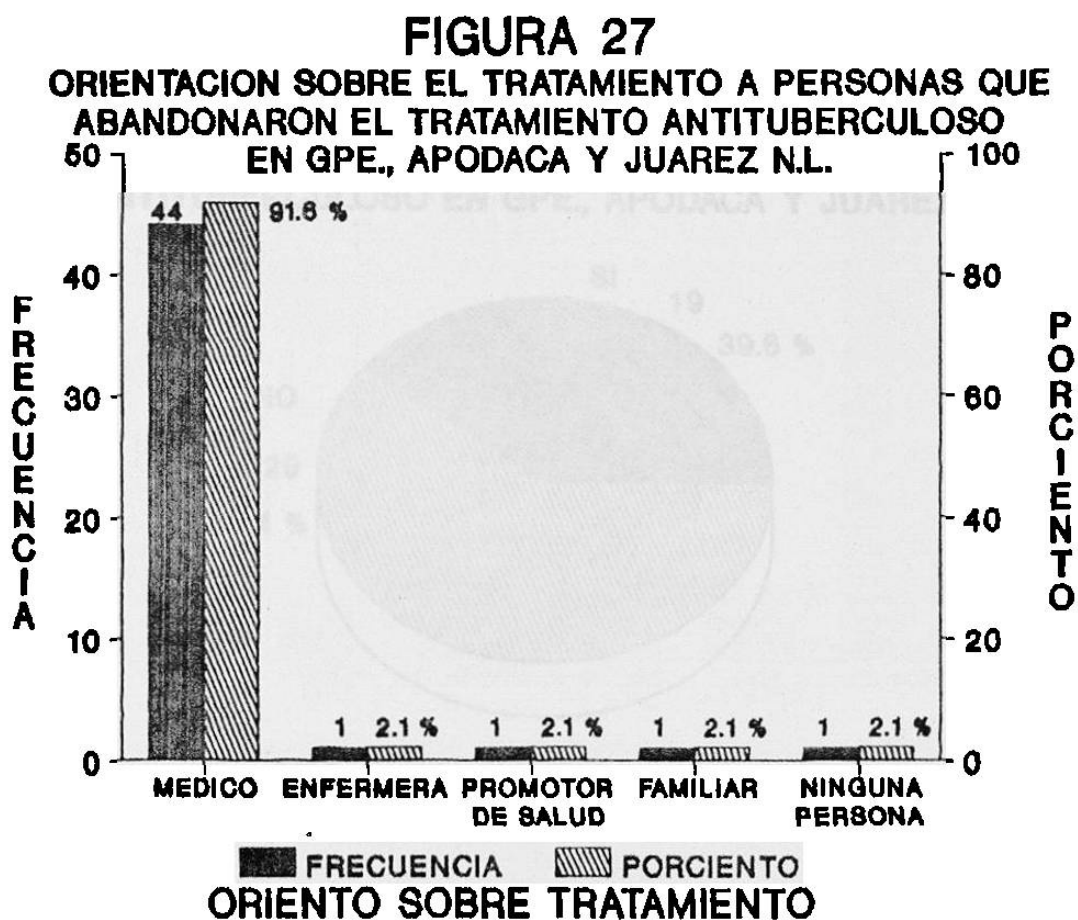
En la evaluación del éxito o fracaso al reiniciar el tratamiento el 62.5 por ciento afirmó que sí tendría éxito, el 35.4 por ciento no sabe si tendrá éxito y el 2.1 por ciento piensa que fracasaría.

FIGURA 26
ORIENTACION SOBRE LA ENFERMEDAD POR PARTE DEL PERSONAL DE
SALUD EN PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Respecto a la orientación por parte del personal de salud sobre el tratamiento el 47.9 por ciento siempre recibe orientación, el mismo porcentaje algunas veces lo recibe y nunca recibieron orientación el 4.2 por ciento.

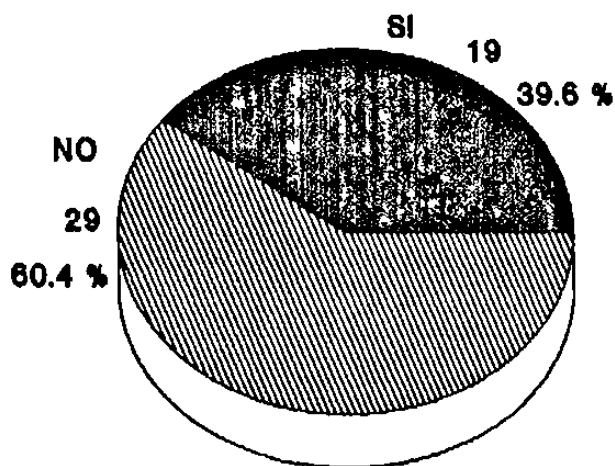


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

La orientación por parte del personal de la salud brindada a los pacientes con tuberculosis pulmonar que abandonaron el tratamiento fué por parte del médico el 91.6 por ciento; por el personal de enfermería 2.1 por ciento, con el mismo porcentaje el promotor de salud, el familiar y ninguna persona.

FIGURA 28

**SEGUIMIENTO EN DOMICILIO POR EL PERSONAL DE SALUD
A PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.**

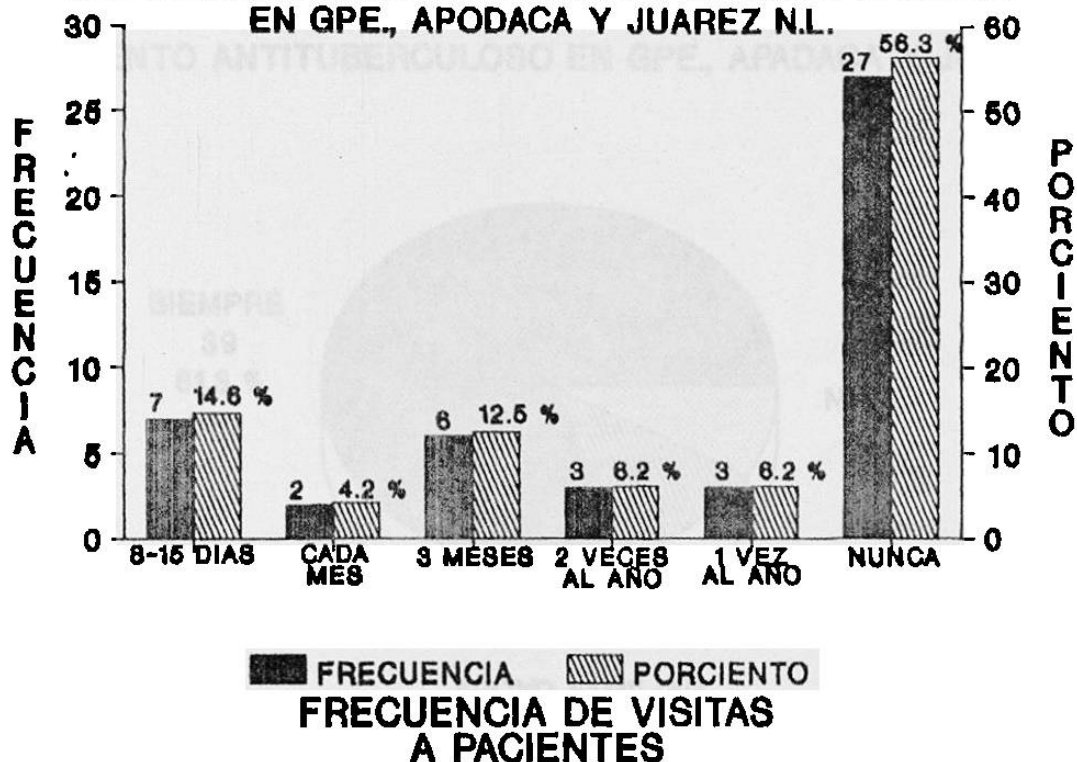


SEGUIMIENTO EN DOMICILIO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

El seguimiento en el domicilio por parte del personal de salud no se realizó al 60.4 por ciento de los pacientes encuestados, en el 39.6 por ciento si se realizó dicho seguimiento.

FIGURA 29
FRECUENCIAS DE VISITA DEL PERSONAL DE SALUD A PACIENTES
QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



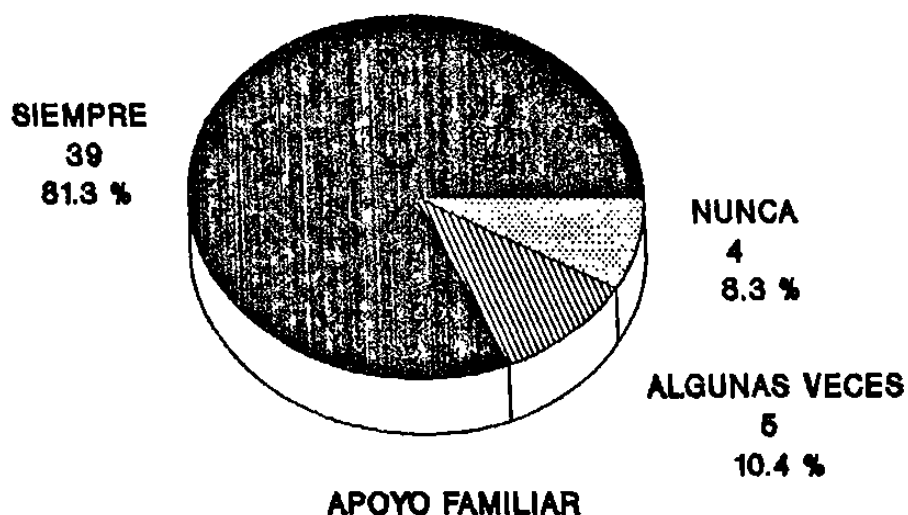
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

La frecuencia de la visita domiciliar por parte del personal de salud se refleja de la siguiente manera:

El 56.3 por ciento de los pacientes nunca fué visitado, para el 14.6 por ciento las visitas fueron espaciadas entre ocho y quince días; cada tres meses para el 12.5 por ciento, dos veces al año el 6.2 por ciento, con el mismo porcentaje una vez al año y cada mes solo al 4.2 por ciento.

FIGURA 30

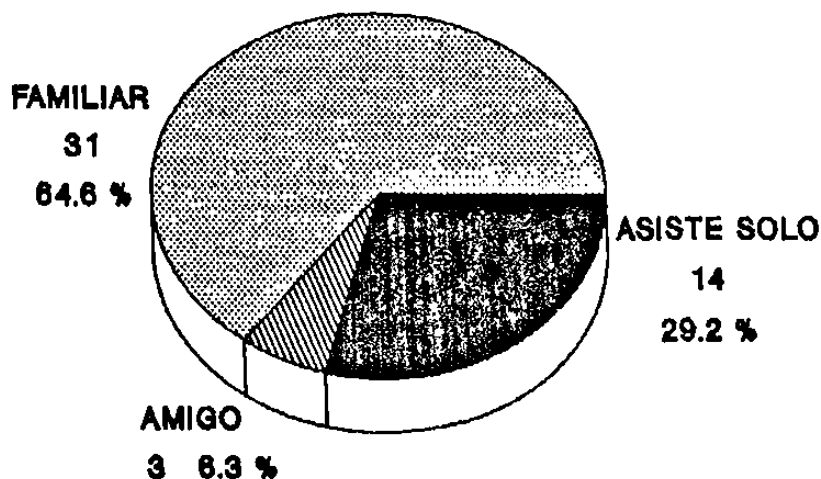
APOYO FAMILIAR A LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE., APADACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DE ESTUDIO

El apoyo familiar otorgado a los pacientes encuestados, el 81.3 por ciento siempre recibe apoyo, el 10.4 por ciento algunas veces lo recibe y al 8.3 por ciento nunca lo apoyan.

FIGURA 31
PERSONA QUE ACOMPAÑA A LA CONSULTA A PACIENTES
QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

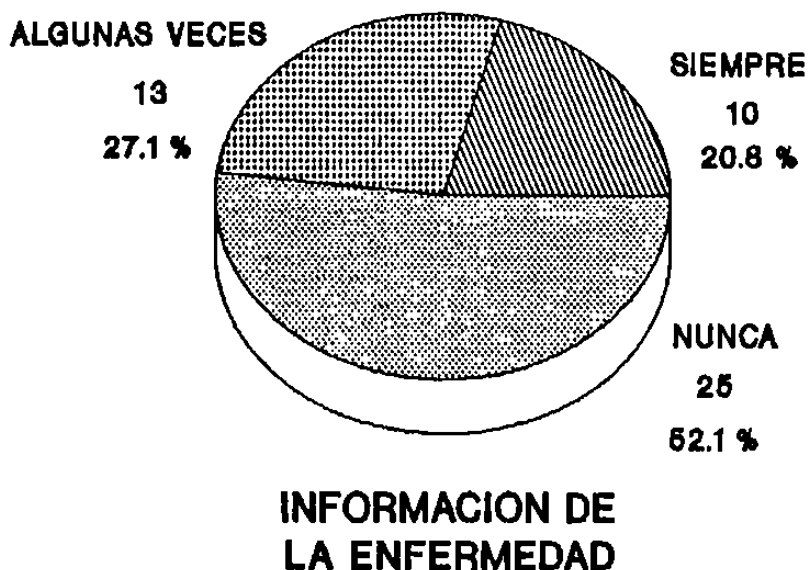


PERSONA QUE LO
ACOMPAÑA A CONSULTA

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

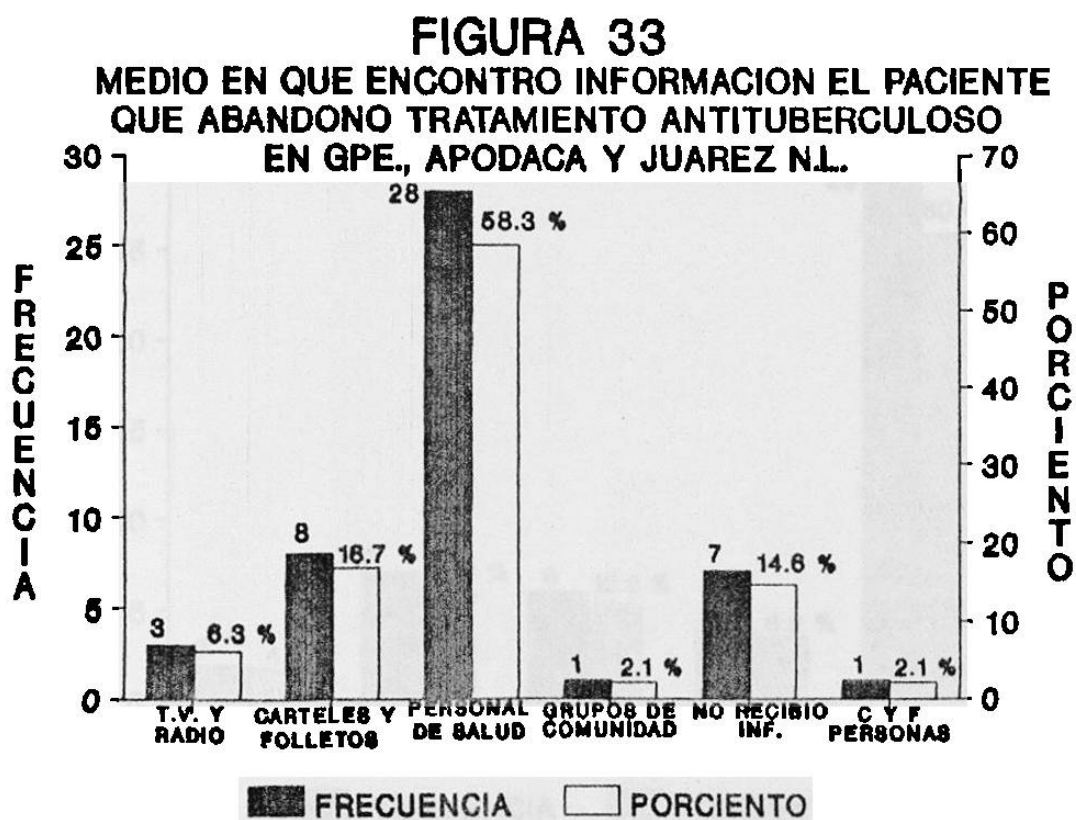
Respecto a quien acompaña al paciente a la consulta se encontró que el 64.6 por ciento es un familiar, el 29.2 por ciento asiste solo y al 6.3 por ciento es acompañado por un amigo.

FIGURA 32
INFORMACION QUE BUSCA EL PACIENTE QUE ABANDONO
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO SOBRE SU ENFERMEDAD
EN GPE, APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Respecto al interés de los pacientes por buscar alguna información acerca del tratamiento antituberculoso, el 52.1 por ciento refiere no buscarlo nunca, el 27.1 por ciento algunas veces y el 20.8 por ciento siempre busca información.

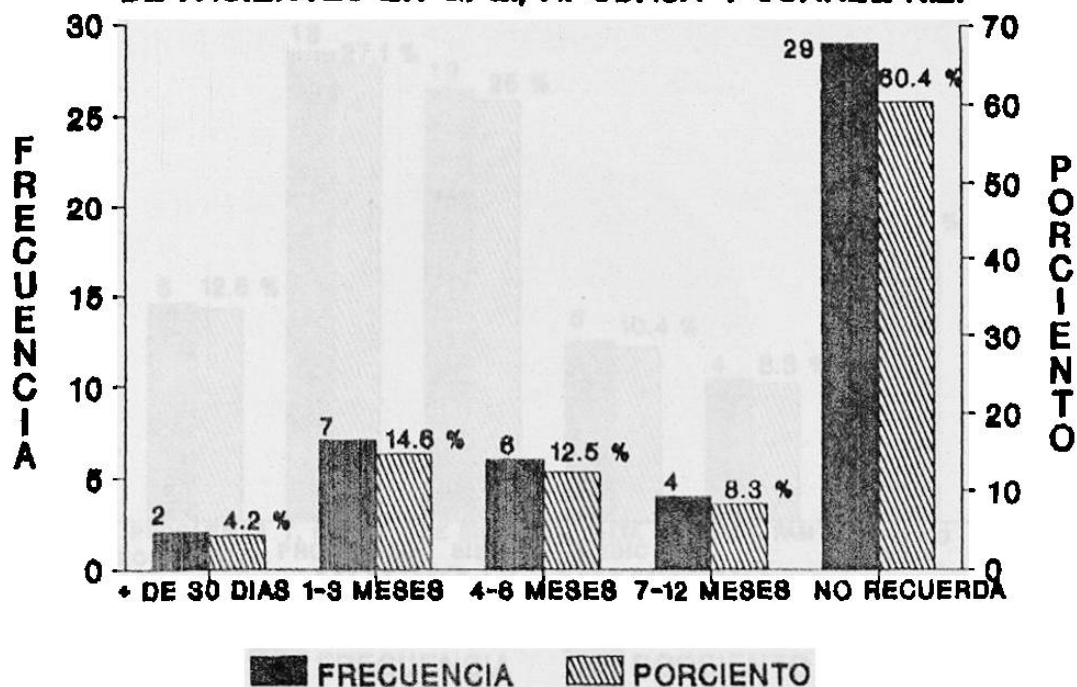


T.V.- TELEVISION C Y F.- CARTELES Y
 INF.- INFORMACION FOLLETOS

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

La información respecto al tratamiento antituberculoso, los pacientes la encontraron: Directo del personal de salud el 58.3 por ciento, a través de carteles y folletos el 16.7 por ciento, el 14.6 por ciento no ha tenido información; por la radio y televisión, grupos de comunidad y otras personas el 9.5 por ciento restante.

FIGURA 34
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
DE PACIENTES EN GPE., APODACA Y JUAREZ NL.

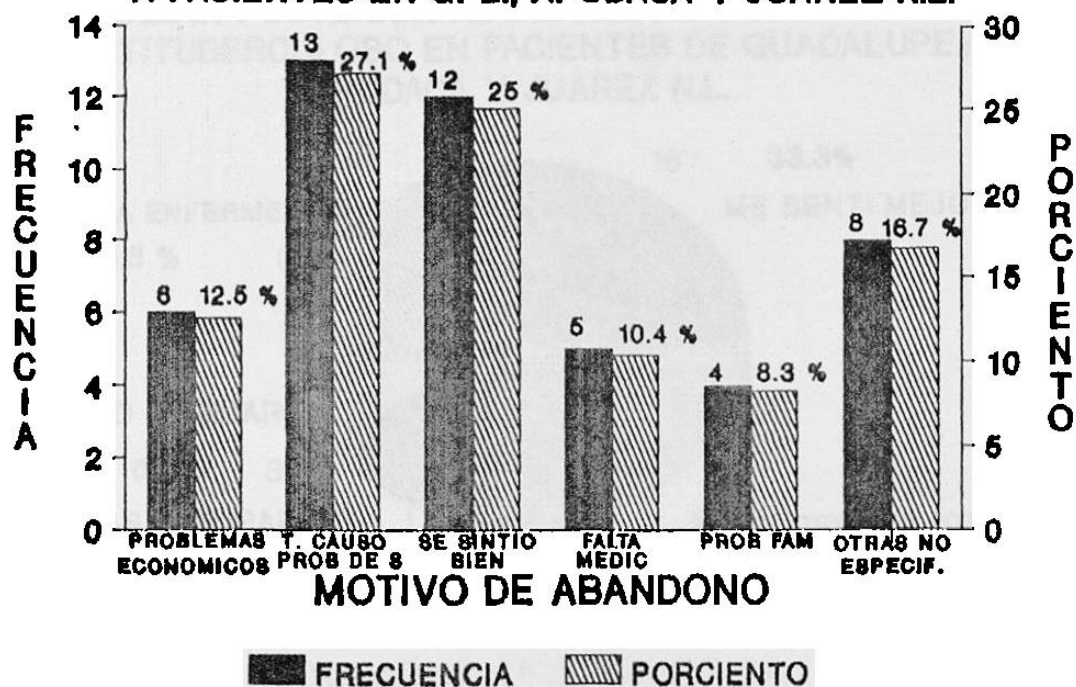


TIEMPO DE ABANDONO
DE TRATAMIENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Las respuestas de los pacientes en el aspecto del tiempo de abandono del tratamiento, el 60.4 por ciento no lo recuerda, el 14.6 por ciento refiere que lo abandonó de uno a tres meses, el 12.5 por ciento de cuatro a seis meses; el 8.3 por ciento de siete a doce meses y más de 30 días el 4.2 por ciento.

FIGURA 35
MOTIVO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
A PACIENTES EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

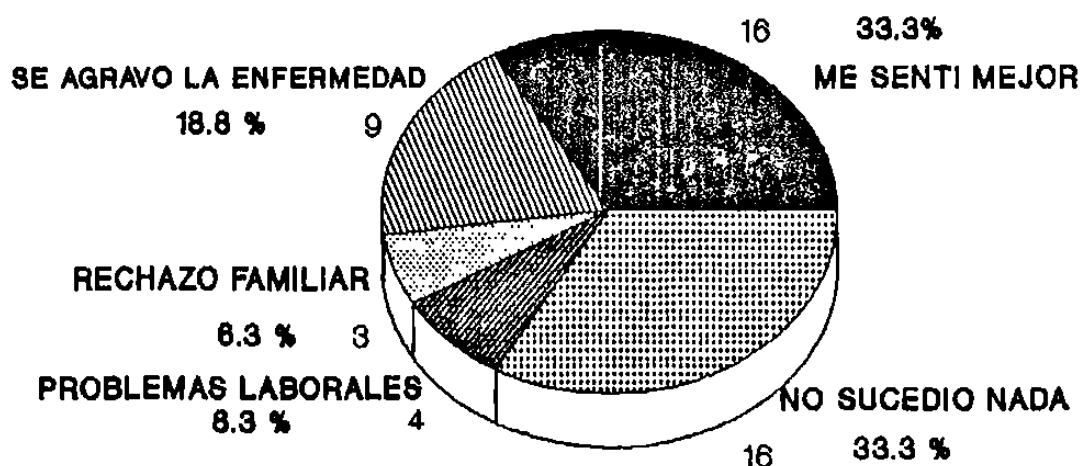


S- SALUD
 T.- TRATAMIENTO
 FAM- FAMILIARES
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

PROB- PROBLEMAS
 MEDIC- MEDICAMENTOS
 ESPECIF- ESPECIFICADAS

Los motivos que causaron el abandono del tratamiento en los pacientes encuestados el 27.1 por ciento fué porque presentó problemas de salud, el 25 por ciento se sintió mejor; el 12.5 por ciento por problemas económicos, por causas no especificadas el 16.7 por ciento, por falta de medicamentos el 10.4 por ciento y por problemas familiares el 8.3 por ciento.

FIGURA 36
RESPUESTA POSTERIOR AL ABANDONO DE TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GUADALUPE,;
APODACA Y JUAREZ N.L.



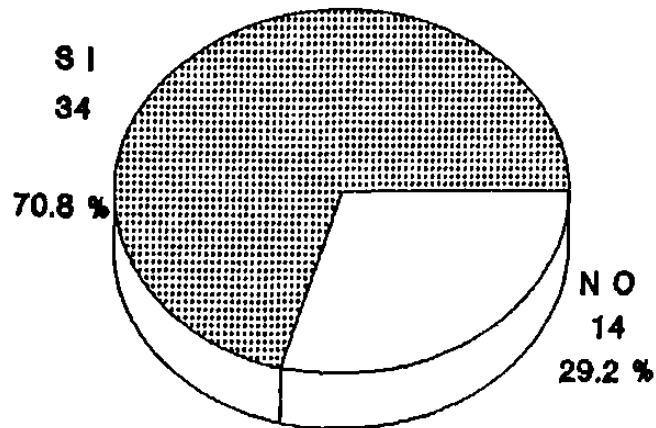
RESPUESTA POSTERIOR AL
 ABANDONO DEL TRATAMIENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

La respuesta posterior al abandono del tratamiento de los pacientes diagnosticados de tuberculosis fué: Por sentirse mejor el 33.3 por ciento, al 18.8 por ciento se le agravó la enfermedad; el 8.3 por ciento tuvo problemas laborales, el 6.3 por ciento tuvo rechazo familiar y al 33.3 por ciento restante no le sucedió nada.

FIGURA 37

**INTERES POR REINICIAR TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
DE PACIENTES QUE LO ABANDONARON EN GPE.,
APODACA Y JUAREZ N.L.**

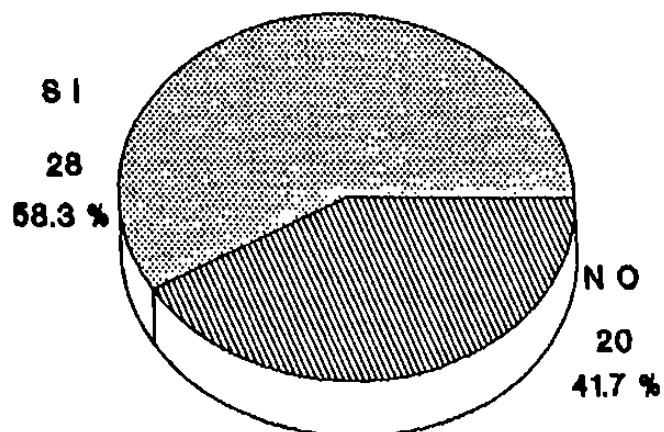


INTERES POR
REINICIAR TRATAMIENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

El interés de los pacientes por reiniciar el tratamiento refleja en las siguientes respuestas, el 70.8 por ciento manifestó tener interés, el 29.2 por ciento dice no interesarle reiniciar el tratamiento.

FIGURA 38
NECESIDAD DE AYUDA PARA REINICIAR TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE.,
APODACA Y JUAREZ N.L.

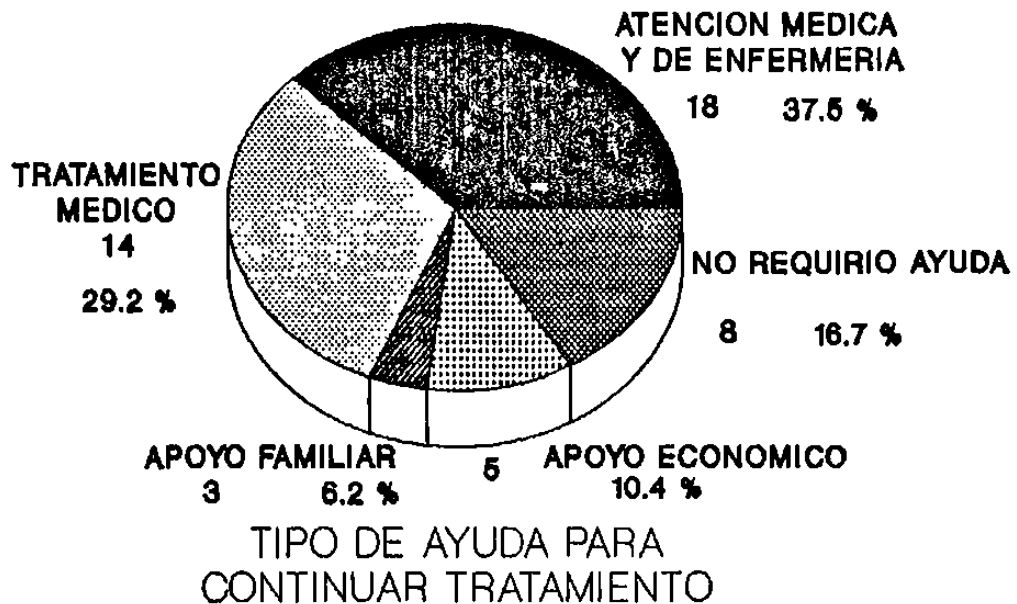


NECESIDAD DE AYUDA
PARA REINICIAR TRATAMIENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Al cuestionar a los pacientes que abandonaron el tratamiento si requerían de una ayuda profesional, familiar y económica para reiniciar el tratamiento, el 58.3 por ciento expresó que si y el 41.7 por ciento contestó que no necesitaba la ayuda.

FIGURA 39
TIPO DE AYUDA QUE REQUIERE PARA CONTINUAR EL TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE.,
APODACA Y' JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En cuanto al tipo de ayuda que requieren los pacientes que han abandonado el tratamiento el 37.5 por ciento dice necesitar atención médica y de enfermería, el 29.2 por ciento tener tratamiento médico, no requiere ayuda el 16.7 por ciento, 10.4 por ciento necesita apoyo económico y el 6.2 restante tratamiento médico y apoyo familiar.

CUADROS

CUADRO 1
EDAD Y TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO EDAD	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
- 14	-	-	4	8.3	-	-	-	-	4	8.3	8	16.7
15 - 24	-	-	-	-	3	6.3	-	-	7	14.7	10	20.6
25 - 34	-	-	-	-	2	4.2	1	2.1	4	8.3	7	14.6
35 - 44	2	4.2	1	2.1	1	2.1	1	2.1	6	12.5	11	22.9
45 - 54	-	-	1	2.1	-	-	-	-	3	6.3	4	8.3
55 - +	-	-	1	2.1	-	-	2	4.2	5	10.4	8	16.7
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

$\chi^2_{\text{Calc}} = 28.46$

V. de Cramer = .38

t = teórica

$\chi^2_{\text{t}} = 31.41$

Covariancia = .15

Calo = Calculada

gl = 20 p > .05

M = MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En este cuadro se observa que el 58.3 por ciento de la población que abandona el tratamiento antituberculoso se encuentra en el grupo de edad de 15 a 44 años. Por otro lado el 60.4 por ciento de la población no recuerda, el tiempo que ha pasado desde que abandonó el tratamiento se comporta muy similar en todos los grupos de edad.

Al relacionar las variables de edad con el tiempo de abandono, se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 28.46 y una Chi cuadrada teórica de 31.41 con 20 grados de libertad y una p > de .05, por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .38 con una correlación positiva débil (Levin 1979) y una variación explicada del 15 por ciento.

CUADRO 2

SEXO Y TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO \ SEXO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MASCULINO	1	2.1	7	14.6	4	8.3	3	6.3	19	39.6	34	70.8
FEMENINO	1	2.1	-	-	2	4.2	1	2.1	10	20.8	14	29.2
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

X^2 Calo= 3.78 V. de Cramer= .28 t= Teórica
 X^2 0.05= 9.48 Covariancia= .07 Calo= Calculada
 gl = 4 p= >.05 M= MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

El cuadro muestra que el 70.8 por ciento del sexo masculino es el que abandona el tratamiento con más frecuencia; de ellos el 39.6 por ciento no recuerda el tiempo que abandonó el tratamiento y el 14.6 por ciento tiene entre uno y tres meses de haberlo abandonado.

Al analizar las variables de tiempo de abandono del tratamiento y el sexo, se encontró una Chi cuadrada calculada de 3.78 y una Chi cuadrada teórica de 9.48 con 4 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que muestra que fué igual lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .28 por lo que la correlación fué positiva débil y la covariancia de .07.

CUADRO 3
ESCOLARIDAD Y TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO
DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SIN ESCOLARIDAD	-	-	3	6.3	-	-	1	2.1	5	10.4	9	18.8
PRIMARIA INCOMPLETA	1	2.1	3	6.3	-	-	1	2.1	4	8.3	9	18.8
PRIMARIA COMPLETA	-	-	-	-	2	4.2	1	2.1	7	14.6	10	20.8
SECUNDARIA INCOMPLETA	2	2.1	-	-	2	4.2	-	-	5	10.4	8	16.7
SECUNDARIA COMPLETA	-	-	1	2.1	2	4.2	1	2.1	4	8.3	8	16.7
ESTUDIOS POST SECUNDARIA	-	-	-	-	-	-	-	-	4	8.3	4	8.3
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 19.55 V. de Cramer= .32 t= Teórica
 χ^2 t = 31.41 Covariancia= .10 Calo= Calculada
 gl= 20 p= > .05 M= MESES
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Lo más representativo que se observa en el cuadro es que el 37.6 por ciento formado por el grupo sin escolaridad y primaria incompleta son los que con mayor frecuencia abandonan el tratamiento, seguido por el 33.4 por ciento con estudios secundarios incompletos o completos, y el grupo con primaria completa y estudios post-secundaria arrojan 29.1 por ciento, observándose un comportamiento similar entre los diferentes grados de escolaridad.

Al analizar las variables de escolaridad con el tiempo de abandono se encontró una Chi cuadrada calculada de 19.55 y una Chi cuadrada teórica de 31.41 con 20 grados de libertad y una significancia mayor .05. La V de Cramer fue de .32 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .10.

CUADRO 4
OCUPACION Y TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
HOGAR	1	2.1	2	4.2	2	4.2	1	2.1	5	10.4	11	22.8
EMPLEADO	-	-	-	-	2	4.2	1	2.1	2	4.2	5	10.4
DESEMPLEADO	-	-	1	2.1	-	-	-	-	4	8.3	5	10.4
OBRAERO	-	-	1	2.1	2	4.2	2	4.2	13	27.1	18	37.5
PENSIONADO	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
ESTUDIANTE	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4.2	2	4.2
COMERCIANTE	1	2.1	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	3	6.3
MENOR	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 24.25 V. de Cramer= .35 M=MESES
 χ^2 t= 41.33 Covariancia= .13 t= Teórica
 gl= 28 p= > .05 Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO que muestra que el 60.4 por ciento de

En este cuadro se muestra que el 60.4 por ciento de la población se dedica al hogar o es obrero, en ellas se encontró que el 37.5 por ciento no recuerda desde cuando abandonó el tratamiento antituberculoso. Por otra parte el 23 por ciento que corresponde a las categorías de desempleado, pensionado, estudiante y menor, de todos 16.7 por ciento también no recuerda el tiempo de abandono del tratamiento .

En el análisis de los datos se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 24.25, y una Chi cuadrada de tablas de 41.33 con 28 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .35 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 13 por ciento.

CUADRO 5
ESTRATO ECONOMICO Y TIEMPO DE ABANDONO DEL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
- SALARIO MINIMO	-	-	2	4.2	1	2.1	1	2.1	4	8.3	8	16.7
UN SALARIO MINIMO	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	5	10.4	7	14.6
DOS SALARIOS MINIMOS	-	-	1	2.1	-	-	-	-	5	10.4	6	12.5
3 - + SALARIOS MINIMOS	1	2.1	-	-	1	2.1	-	-	-	-	2	4.2
SIN SALARIO FIJO	-	-	2	4.2	4	8.3	2	4.2	12	25	20	41.7
DEPENDIENTE	-	-	2	4.2	-	-	-	-	3	6.3	5	10.4
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.6	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 26.89 V. de Cramer= .37 t= Teórica
 χ^2 t = 31.41 Covariancia= .14 Calo= Calculada
 gl= 20 p= > .05 M= MESES
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Los datos encontrados indican que el 68.8 por ciento están en el grupo económicamente débil por percibir menos de un salario mínimo, ser dependientes y sin salario fijo, de todos menos el 39.6 por ciento no recuerdan el tiempo de abandono del tratamiento y el 12.6 tienen entre uno y tres meses de haberlo abandonado.

El análisis de los datos mostró que la Chi cuadrada calculada es de 26.89 y una Chi cuadrada de tablas de 31.4 con 20 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .37 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 14 por ciento.

CUADRO 6

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y EDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MENOS DE 14	-	-	3	6.3	2	4.2	3	6.3	-	-	-	-	8	16.7
15 - 24	2	4.2	3	6.3	2	4.2	1	2.1	1	2.1	1	2.1	10	20.8
25 - 34	-	-	4	8.3	2	4.2	-	-	1	2.1	-	-	7	14.6
35 - 44	3	6.3	1	2.1	2	4.2	1	2.1	1	2.1	3	6.3	11	22.9
45 - 54	1	2.1	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	4	8.3
55 A MAS	-	-	1	2.1	4	8.3	-	-	-	-	3	6.3	8	16.7
T O T A L	6	12.5	13	27.1	12	25.0	5	10.4	4	4.9	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 30.12

V. de Cramer= .35

T.= TRATAMIENTO

t= Teórica

χ^2 t = 37.65

Covariancia= .13

FAM.= FAMILIARES

Calo= Calculada

gl = 25 p= > .05

PROB= PROBLEMAS

ECON= ECONOMICOS

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTO

Al observar el cuadro sobresale que el 58.3 por ciento se encuentra en la edad comprendida de 15 a 44 años, de todos ellos el 39.3 por ciento abandonaron el tratamiento por problemas de salud, o porque se sintio bien, el 8.4 por ciento refirió otras causas.

En este cuadro la Chi cuadrada calculada fue de 31.12 y la Chi cuadrada de tablas de 37.65, con 25 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .35 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 13 por ciento.

CUADRO 7

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEXO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MASCULINO	4	8.3	8	16.7	9	18.8	3	6.3	4	8.3	6	12.5	34	70.8
FEMENINO	2	4.2	5	10.4	3	6.3	2	4.2	-	-	2	4.2	14	29.2
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25.0	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

X^2 Calo= 2.69

V. de Cramer= .24

T.- TRATAMIENTO

t= Teórica

X^2 t = 11.07

Covarianola= .06

FAM- FAMILIARES

Calo= Calculada

gl = 5 p→ .05

ECON- ECONOMICOS

PROB= PROBLEMAS

MEDIC= MEDICAMENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

El análisis de este cuadro revela que el 70.8 por ciento del sexo masculino abandona el tratamiento; sobresaliendo como motivos, problemas a su persona ocasionados por el medicamento el 16.7 por ciento, por sentirse bien 18.8 por ciento y por otras causas 12.5 por ciento. En el sexo femenino se obtuvo un 29.2 por ciento de abandono, el 10.4 por ciento corresponde a problemas ocasionados a su persona por el medicamento, por sentirse bien el 6.3 por ciento y otras causas el 4.2 por ciento.

El estudio de estos datos muestra una Chi cuadrada calculada de 2.69 y una Chi cuadrada de tablas de 11 con 5 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .24 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 6 por ciento.

CUADRO 8

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SIN ESCOLARIDAD	1	2.1	1	2.1	3	6.3	2	4.2	1	2.1	1	2.1	9	18.8
PRIMARIA INC.	2	4.2	4	8.3	-	-	-	-	2	4.2	1	2.1	9	18.8
PRIMARIA COMP.	1	2.1	1	2.1	4	8.3	-	-	1	2.1	3	6.3	10	20.8
SECUNDARIA INC.	1	2.1	2	4.2	4	8.3	1	2.1	-	-	-	-	8	16.7
SECUNDARIA COMP.	1	2.1	4	8.3	1	2.1	2	4.2	-	-	-	-	8	16.7
ESTUDIOS POST SECUNDARIOS	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	3	6.3	4	8.3
T O T A L	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

X^2 Calo= 34.00

V. de Cramer= .37

T= TRATAMIENTO

INC= INCOMPLETA

$X^2 t$ = 37.65

Covarianola= .14

FAM= FAMILIARES

COMP= COMPLETA

gl = 25 p= .05

PROB= PROBLEMAS

ECON= ECONOMICOS

MEDIC= MEDICAMENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

t= Teórica

Calo= Calculada

En el estudio de este cuadro se observa que el 37.6 por ciento esta formado por el grupo sin escolaridad y primaria incompleta, representan el mayor número de abandono del tratamiento, seguido por 33.4 por ciento con secundaria incompleta o completa, el grupo con primaria completa y estudios post secundaria arrojaron 29.1 por ciento observandose un comportamiento similar entre los diferentes grados de escolaridad.

En el estudio de las variables la Chi cuadrada calculada es de 34 y una Chi cuadrada teórica de 37.6 con 25 grados de libertad y una significancia mayor de .05. La V de Cramer fué de .37 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .14 .

CUADRO 9
MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y OCUPACION
DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
HOGAR	2	4.2	5	10.4	2	4.2	1	2.1	-	-	1	2.1	11	22.9
EMPLEADO	-	-	1	2.1	1	2.1	1	2.1	-	-	2	4.2	5	10.4
DESEMPLEADO	-	-	2	4.2	1	2.1	-	-	1	2.1	1	2.1	5	10.4
OBRERO	3	6.3	3	6.3	6	12.5	-	-	3	6.3	3	6.3	18	37.5
PENSIONADO	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
ESTUDIANTE	-	-	1	2.1	-	-	1	2.1	-	-	-	-	2	4.2
COMERCIANTE	1	2.1	1	2.1	1	2.1	-	-	-	-	-	-	3	6.3
MENOR	-	-	-	-	-	-	2	4.2	-	-	-	-	2	4.2
TOTAL	6	12.5	13	27.2	12	25.1	5	10.4	4	4.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 40.70 V. de Cramer= .41 FAM= FAMILIARES T= TRATAMIENTO
 χ^2 t = 43.70 Covariancia= .16 ECON= ECONOMICOS t= Teóricas
 gl = 30 p= .05 PROB= PROBLEMAS MEDIC= MEDICAMENTO Calc= Calculada
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Lo más representativo que se observa en el cuadro es que el 37.5 por ciento formado por el grupo de obreras son las que con mayor frecuencia abandonan el tratamiento seguido por las personas que se dedican al hogar con un 22.9 por ciento. Los motivos de abandono referidos por los pacientes son el 27.2 por ciento por que el tratamiento les ocasionó problemas secundarios y el 25.1 por ciento refirió sentirse bien.

Al analizar las variables de ocupación con tiempo de abandono del tratamiento se encontró una Chi cuadrada calculada de 40.70 y una Chi cuadrada teórica de 43.70 con 30 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .41 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada de 16 por ciento.

CUADRO 10

ESTRATO ECONOMICO Y MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SALARIO MINIMO	1	2.1	1	2.1	1	2.1	2	4.2	1	2.1	2	4.2	8	16.7
UN SALARIO MIN.	1	2.1	2	4.2	4	8.3	-	-	-	-	-	-	7	14.6
DOS SALARIOS MIN.	-	-	3	6.3	-	-	2	4.2	-	-	1	2.1	6	12.5
3+ SALARIOS MIN.	2	4.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4.2
SIN SALARIO FIJO	2	4.2	6	12.5	7	14.6	1	2.1	2	4.2	2	4.2	20	41.7
DEPENDIENTE	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	3	6.3	5	10.4
T O T A L	8	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 40.7

V. de Cramer= .41

FAM=FAMILIARES

T=TRATAMIENTO

χ^2 t= 37.6

Covariancia= .17

PROB=PROBLEMAS

MIN= MINIMO

gl = 25

p<.05

ECON=ECONOMICOS

t= Teórica

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC-MEDICAMENTOS

Calo= Calculada

El análisis de datos revela que el 68.8 por ciento representa al grupo económicamente débil por percibir menos de un salario mínimo, ser dependiente y sin salario fijo. En este grupo el 33.4 por ciento abandonó el tratamiento por sentirse bien y porque el medicamento le ocasionó problemas, el 14.8 por ciento por otras causas y el 6.3 por ciento por problemas económicos; el 31.3 por ciento representa al grupo que percibe de uno a tres o más salarios mínimos, el 18.8 por ciento lo abandonó por sentirse bien y porque el medicamento le ocasionó problemas, el 6.3 por ciento por problemas económicos y el resto por otras causas.

El estudio del cuadro mostro que la Chi cuadrada calculada es de 40.7 y una Chi cuadrada de tablas de 37.6 con 25 grados de libertad y una significancia menor de .05 por lo que fué diferente lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .41 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 17 por ciento.

CUADRO 11
CONCEPTO DE SALUD Y TIEMPO DE ABANDONO DEL
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	• 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
AUSENCIA DE ENF. O SINTOMAS	-	-	2	4.2	4	8.3	3	6.3	22	45.8	31	64.6
CUMPLIR RESP. Y ACT.	-	-	2	4.2	-	-	-	-	-	-	2	4.2
SENSACION BIENESTAR Y ARMONIA CON MED.AMB.	2	4.2	3	6.3	1	2.1	1	2.1	6	12.5	13	27.1
ARMONIA ENTRE EL BIEN Y EL MAL	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
NO SABE	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 27.98 V. de Cramer= .38 ENF= ENFERMEDAD t = Teórica
 χ^2 t = 26.98 Covariancia= .15 ACT= ACTIVIDADES Calo= Caloulada
 gl= 20 p= > .05 M= MESES RESP= RESPONSABILIDADES
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO MED.AMB= MEDIO AMBIENTE

Respecto al concepto de salud de la población y el tiempo de abandono del tratamiento, los datos obtenidos en éste cuadro arrojan la siguiente información: Para quien el concepto de salud es ausencia de enfermedad el porcentaje fué de 64.6 por ciento; de ellos el 45.8 por ciento no recuerda el tiempo de abandono del tratamiento, para otros el concepto de salud fué sensación de armonía con el medio ambiente con 27.1 por ciento de los cuales 12.5 por ciento no recuerda el tiempo de abandono del tratamiento y 6.3 por ciento de uno a tres meses abandonaron el tratamiento, el porcentaje restante se encuentra en las categorías restantes.

El estudio revela una Chi cuadrada calculada de 28 con una Chi cuadrada de tablas de 26.3 con 16 grados de libertad con una significancia menor de .05 siendo diferente lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .38 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 14 por ciento.

CUADRO 12
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y TIEMPO DE
ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN PACIENTES DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
TUBERCULOSIS PULMONAR	2	4.2	4	8.3	4	8.3	2	4.2	23	47.9	35	72.9
ENFERMEDAD DEL PULMON	-	-	2	4.2	1	2.1	2	4.2	5	10.4	10	20.8
NO SABE	-	-	1	2.1	1	2.1	-	-	1	2.1	3	6.3
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 5.90

V. de Cramer= .25

M=MESES

χ^2 t= 15.50

Covariancia= .06

t= Teórica

gl= 8

p= > .05

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

La relación de este cuadro entre el conocimiento de la enfermedad y el tiempo de abandono del tratamiento es el siguiente:

El 72.9 por ciento sabe que es la tuberculosis pulmonar el 47.9 por ciento refiere no recordar el tiempo de abandono por otra parte el 20.8 por ciento sabe que su enfermedad es del Pulmón y de éstos el 10.4 por ciento dice no recordar el tiempo de abandono del tratamiento.

En el análisis de datos encontramos una Chi cuadrada calculada de 5.9 con una Chi cuadrada teórica de 15.5 y 8 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .25 con una correlación positiva débil y una covariancia de .06.

CUADRO 13
MOTIVO DE ABANDONO Y CONCEPTO DE SALUD DE PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SENTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
AUSENCIA DE ENFERMEDAD O SINTOMAS	2	4.2	8	16.7	8	16.7	5	10.4	3	6.3	5	10.4	31	64.6
CUMPLIR RESP Y ACTIVIDADES	1	2	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	2	4.2
SENSACION DE BIENES Y ARM CON EL MED AMB	3	6.3	5	10.4	2	4.2	-	-	1	2.1	2	4.2	13	27
ARM ENTRE EL BIEN Y EL MAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
NO SABE	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	1	2.1
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 17.61 V. de Cramer= .30 RESP-RESPONSABILIDAD MEDIC-MEDICAMENTO
 χ^2 t.=31.41 Covariancia= .09 CONOC-CONOCIMIENTO ECON-ECONOMICO
 gl = 20 p=> .05 MED-MEDIO BIESES-BIENESTAR PROB-PROBLEMAS
 ARM-ARMONIA FAM-FAMILIARES PROB-PROBLEMA
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO AMB-AMBIENTE T-TRATAMIENTO

En el análisis de este cuadro el 64.6 por ciento de la población da un concepto de salud como ausencia de enfermedad o síntomas. De estos el 16.7 por ciento abandona el tratamiento por ocasionarle problemas, otro 16.7 por ciento refiere que lo abandonó por sentirse bien y un 10.4 por ciento por falta de medicamento.

Al estudiar las variables de motivos de abandono y concepto de salud, tenemos una Chi cuadrada calculada de 17.61 y una Chi cuadrada teórica de 31.41 con 20 grados de libertad, la significancia mayor a .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .30 sin correlación y una variación explicada de 9 por ciento.

CUADRO 14

MOTIVO DE ABANDONO Y CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
TUBERCULOSIS PULMONAR	5	10.4	8	16.7	10	20.8	3	6.3	3	6.3	6	12.5	35	72.9
ENFERMEDAD DEL PULMON	1	2.1	4	8.3	2	4.2	1	2.1	1	2.1	1	2.1	10	20.8
NO SABE	-	-	1	2.1	-	-	1	2.1	-	-	1	2.1	3	6.3
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo = 5.12 V. de Cramer = .23 CONOC = CONOCIMIENTO ENF = ENFERMEDAD
 χ^2 t = 18.30 Covariancia = .23 MEDIC = MEDICAMENTO FAM = FAMILIARES
 gl = 10 p > .05 PROB = PROBLEMAS ECON = ECONOMICOS T = TRATAMIENTO
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO t = Teórica Calo = Calculada

En este cuadro se observa que el 72.9 por ciento de la población tiene conocimiento de la enfermedad, sin embargo el motivo de abandono del tratamiento fué el siguiente: El 20.8 por ciento porque se sintió bien, el 16.7 por ciento porque el tratamiento le ocasionó problemas a su persona, el 12.5 por ciento por otras causas y el 10.4 por ciento por problemas económicos.

En el análisis de datos se encontró una Chi cuadrada calculada de 5.12 y una Chi cuadrada teórica de 18.30 con 10 grados de libertad, y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cranmer fué de .23 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 23 por ciento.

CUADRO 15

TIEMPO DE ABANDONO DE TRATAMIENTO Y SUSCEPTIBILIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CONTINUAR IGUAL	-	-	3	8.3	1	2.1	-	-	2	4.2	6	12.5
AGRAVARSE	2	4.2	3	8.3	3	8.3	4	8.3	18	37.5	30	62.5
MORIR	-	-	-	-	1	2.1	-	-	3	6.3	4	8.3
NO SUCEDE NADA	-	-	1	2.1	1	2.1	-	-	3	6.3	5	10.4
NO SABE	-	-	-	-	-	-	-	-	3	6.3	3	6.3
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.6	4	8.3	29	60.4	48	100

$\chi^2_{\text{Calo}} = 13.29$ V. de Cramer = .26 t = Teórica
 $\chi^2_t = 26.29$ Covariancia = .07 Calo = Calculada
 gl = 16 p = > .05 M = MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Relacionando la susceptibilidad con el tiempo de abandono se encontró que el 60.5 por ciento se agravó, de estos no recuerda el tiempo de abandono el 37.5 por ciento, el 8.3 por ciento lo abandono entre siete y doce meses, entre uno y seis meses el 12.6 por ciento, el 16.7 por ciento refiere que no le sucedió nada, de estos el 12.6 por ciento no recuerda el tiempo de abandono y el 12.5 por ciento respondió haber continuado igual.

En el estudio de las variables de susceptibilidad con el tiempo de abandono se encontró una Chi cuadrada calculada de 13.25 y una Chi cuadrada teórica de 26.29 con 16 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .26 con una correlación positiva débil y una covariancia de .07.

CUADRO 16
MOTIVOS DE ABANDONO Y SUSCEPTIBILIDAD DE
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO SEVERIDAD CONSEC. FAMILIAR	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CONTINUAR IGUAL	1	2.1	3	6.3	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	8	12.5
AGRAVARSE	4	8.3	8	16.7	8	16.7	2	4.2	3	6.3	5	10.4	30	62.5
MORIR	1	2.1	2	4.2	1	2.1	-	-	-	-	-	-	4	8.3
NO SUCEDE NADA	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2	-	-	2	4.2	5	10.4
NO SABE	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	1	2.1	-	-	3	6.3
T O T A L	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

X Calo = 20.0 V. de Cramer = .32 FAM = FAMILIARES T = TRATAMIENTO
X t = 31.4 Covariancia = .10 ECON = ECONOMICOS t = Teórica
gl = 20 p > .05 PROB = PROBLEMAS MEDIC = MEDICAMENTO Calc = Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En el análisis de este cuadro encontramos que el 62.5 por ciento de la población opina que puede agravarse, de estos el 16.7 por ciento abandonó el tratamiento por ocasionarle problemas, con el mismo comportamiento está el que se sintió bien con 16.7 por ciento, le sigue por otras causas 10.4 por ciento y un 8.3 por problemas familiares.

Por otro lado está un 25 por ciento donde se encuentran los que opinan por morir, no sucede nada y no sabe. En este estudió la Chi cuadrada calculada fué de 20.0 y una Chi cuadrada de tablas con 31.4. Los grados de libertad fueron 20 y una significancia mayor a .05 fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .32 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 10 por ciento.

CUADRO 17

TIEMPO DE ABANDONO DE TRATAMIENTO Y SEVERIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SEVERIDAD CONSECUENCIAS FAMILIARES												
PUEDA ENFERMAR DE TUBERCULOSIS	2	4.2	4	8.9	4	8.9	3	6.3	18	37.5	31	64.8
NO SABE	-	-	1	2.1	1	2.1	-	-	7	14.6	9	18.8
NO SUCEDE NADA	-	-	2	4.2	1	2.1	1	2.1	4	8.3	8	16.7
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 3.44 V. de Cramer= .19 t= Teórica

χ^2 t = 15.50 Covariancia= .03 Calc= Calculada

gl= 8 p= > .05 M= MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Al correlacionar las variables de tiempo de abandono y la severidad del daño se encontró que el 64.6 por ciento sabe que puede infectar a otros por abandonar el tratamiento sin embargo de éstos el 37.5 por ciento no recuerda el tiempo de abandono y el 16.3 por ciento lo abandonó entre uno y seis meses, por otro lado el 35.5 por ciento que no sabe o piensa que no sucede nada, el 22.9 no recuerda el tiempo de abandono.

Al analizar las variables se encontró una Chi cuadrada calculada de 3.44 y una Chi cuadrada teórica de 15.50 con 8 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fue igual lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .19 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 3 por ciento.

CUADRO 18

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEVERIDAD EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		F. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SEVERIDAD (CONSECUENCIAS EN FAMILIA)														
PUEDE ENFERMAR DE TUBERCULOSIS	5	10.4	9	18.8	9	18.8	2	4.2	3	6.3	3	6.3	31	64.6
NO SABE	-	-	2	4.2	2	4.2	1	2.1	1	2.1	3	6.3	9	18.8
NO SUCEDE NADA	1	2.1	2	4.2	1	2.1	2	4.2	-	-	2	4.2	8	16.7
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 8.0

V. de Cramer= .29

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

χ^2 t= 18.3

Covariancia= .08

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

gl = 10

p> .05

ECON= ECONOMICOS

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTOS

En el estudio de éstos datos encontramos que un 64.6 por ciento opinaron que pueden enfermar de tuberculosis. Los motivos por el que abandonaron el tratamiento fueron: 37.6 por ciento opina que el tratamiento le ocasionó problemas y por sentirse bien, le sigue un 10.4 por ciento por tener problemas económicos. En el grupo que opinó que conoce que puede enfermar si abandona el tratamiento, se encuentra el 18.8 por ciento, los que dicen que no sucedería nada está el 16.7 por ciento.

La Chi cuadrada calculada es de 8 con una Chi cuadrada teórica de 18.3. Los grados de libertad fueron 10 y una significancia mayor a .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .29 y una variación explicada de 8 por ciento.

CUADRO 19

**TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEVERIDAD
DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.**

TIEMPO DE ABANDONO	• 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
PROBLEMAS PARA TOLERAR MED.	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	1	2.1
COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD	1	2.1	2	4.2	3	6.3	4	8.3	16	33.3	26	54.2
ENFERMEDADES AGREGADAS	-	-	1	2.1	-	-	-	-	2	4.2	3	6.3
NO SABE	1	2.1	3	6.3	2	4.2	-	-	7	14.6	13	27.1
NINGUNO	-	-	-	-	1	2.1	-	-	4	8.3	5	10.4
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 14.0 V. de Cramer= .27 t= Teórica
 $\chi^2_t = 26.29$ Covariancia= .07 Calc= Calculada
 gl= 16 p= > .05 M= MESES
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO MED= MEDICAMENTO

En este cuadro se observa que el 54.2 por ciento tuvo complicaciones con la enfermedad y de estos el 33.3 por ciento refiere haber abandonado el tratamiento sin recordar el tiempo, el 37.5 que no sabe o no tuvo complicaciones, el 22.9 tampoco recuerda el tiempo de abandono.

En el análisis de datos se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 14.0 y una chi cuadrada teórica de 26.2 con 16 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .27 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 7 por ciento.

CUADRO 20

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEVERIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SEVERIDAD (DAÑOS POR ABANDONO)														
PROBLEMAS PARA TOLERAR MED.	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1
COMPLICACIONES DE LA ENF.	4	8.3	8	16.7	5	10.4	2	4.2	2	4.2	5	10.4	26	54.2
ENFERMEDADES AGREGADAS	-	-	-	-	2	4.2	-	-	-	-	1	2.1	3	6.3
NO SABE	1	2.1	3	6.3	4	8.3	2	4.2	1	2.1	2	4.2	13	27.1
NINGUNO	1	2.1	1	2.1	1	2.1	1	2.1	1	2.1	-	-	5	10.4
T O T A L	8	12.5	18	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

X Calo= 11.25

V. de Cramer= .24

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

X 0.05= 31.41

Covariancia= .05

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

gl = 20

p> .05

ECON= ECONOMICOS

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTOS

ENF= ENFERMEDAD

En el 100 por ciento de la población estudiada se encontró que el 54.2 por ciento tuvo complicaciones con la enfermedad, de éstos el 16.7 por ciento el tratamiento le ocasionó problemas, el 20.8 por ciento porque se sintió bien y por otras causas. El 16.7 por ciento lo abandonó también por problemas económicos, por falta de medicamento o por problemas familiares. En los que opinaron que no sabe o no tiene ningún motivo se encuentra el 37.5 por ciento.

La Chi cuadrada calculada es de 11.2 y una Chi cuadrada de tablas de 31.4. Los grados de libertad son 20 y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .24 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 5 por ciento.

CUADRO 21
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEVERIDAD
DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MORTAL	1	2.1	1	2.1	3	6.3	-	-	7	14.6	12	25.0
GRAVE	1	2.1	4	8.3	2	4.2	4	8.3	17	35.4	28	58.3
SIN SERIEDAD	-	-	2	4.2	1	2.1	-	-	5	10.4	8	16.7
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	6	60.4	48	100

$\chi^2_{\text{Calo}} = 6.79$ V. de Cramer = .26 t = Teórica
 $\chi^2_{\text{t}} = 15.50$ Covariancia = .07 Calc = Calculada
 gl = 8 p = > .05 M = MESES
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Lo más representativo de este cuadro al relacionar el tiempo de abandono con los daños ocasionados por este se encontró que el 58.3 por ciento refiere que sería grave, y un 25 por ciento que sería mortal, sin embargo el 50 por ciento de éstos no recuerda el tiempo que abandonó el tratamiento.

En el análisis de los datos se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 6.79 y una Chi cuadrada de tablas de 15.5 con 8 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .26 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .07.

CUADRO 22

MOTIVO DE ABANDONO Y SEVERIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO SEVERIDAD DE LOS DAÑOS	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MORTAL	3	6.3	2	4.2	2	4.2	-	-	3	6.3	2	4.2	12	25
GRAVE	3	6.3	11	22.9	8	16.7	2	4.2	-	-	4	8.3	28	58.3
SIN SEVERIDAD	-	-	-	-	2	4.2	3	6.3	1	2.1	2	4.2	8	16.7
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.5	4	8.3	8	16.7	48	100

X^2 Calo= 21.33 V. de Cramer= .47

X^2 t= 18.30 Covariancia= .2

gl = 10 p < .05

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FAM= FAMILIAR

T= TRATAMIENTO

ECON= ECONOMICOS

MEDIC= MEDICAMENTO

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

Calc= Calculada

En el estudio de este cuadro se encontró que el 58.3 por ciento opina que la enfermedad puede ser mortal, de el 22.9 por ciento el abandono se debió a que el tratamiento le ocasionó problemas, 16.7 porque se sintió bien, el 14.6 por ciento abandona el tratamiento por problemas económicos y por otras causas. Por otro lado el 25 por ciento opina que la enfermedad puede ser mortal de éstos el 12.6 por ciento refiere que abandonó el tratamiento por problemas económicos y por problemas familiares, el resto el tratamiento le ocasionó problemas y otras causas.

La Chi cuadrada calculada es de 21.33, la Chi cuadrada teórica es de 18.30 con 10 grados de libertad y una significancia menor de .05 por lo que fué diferente lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .47 con una correlación positiva débil y una variación explicada del dos por ciento.

CUADRO 23
TIEPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y BENEFICIOS POR
REINICIAR EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SE ALIVIARIA	2	4.2	4	8.3	6	12.5	4	8.3	22	45.8	38	79.2
PODRIA TRABAJAR	-	-	1	2.1	-	-	-	-	3	6.3	4	8.3
SE ALIVIARIA Y PODRIA TRABAJAR	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
NO SABE	-	-	1	2.1	-	-	-	-	2	4.2	3	6.3
NINGUNO	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 6.96 V. de Cramer= .19 t= Teórica
 χ^2_t = 26.29 Covariancia= .04 Calc^l Calculada
 gl= 16 p= > .05 M= MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Lo más relevante en estos datos al relacionar las variables de tiempo de abandono del tratamiento con beneficios por reiniciar el tratamiento se encontró que un 79.2 por ciento refiere que se aliviaría, sin embargo de éstos el 45.8 por ciento abandona el tratamiento sin recordar el tiempo de abandono.

Encontrando una Chi cuadrada calculada de 6.96 y una Chi cuadrada teórica de 26.29 con 16 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .19 con una correlación positiva débil y una covariancia de .04.

CUADRO 24

MOTIVO DE ABANDONO Y BENEFICIOS PERCIBIDOS POR REINICIAR EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SE ALIVIARIA	4	8.3	11	22.9	11	22.9	5	10.4	2	4.2	5	10.4	38	79.2
PODRIA TRABAJAR	1	2.1	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	4	8.3
SE ALIVIARIA Y TRABAJARIA	1	2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1
NO SABE	-	-	1	2.1	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	3	6.3
NINGUNO	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	2	4.2
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

X^2 Calo= 20.37

V. de Cramer= .32

T= TRATAMIENTO

FAM FAMILIARES

X^2 t = 31.41

Covariancia= .11

PROB=PROBLEMA

t= Teórica

gl = 20 p= >.05

ECON= ECONOMICOS

Calo= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTO

Relacionando los beneficios percibidos por reiniciar el tratamiento con los motivos de abandono se encontró que el 79.2 por ciento refirió que se aliviaría, sin embargo el 27.1 por ciento abandona el tratamiento porque éste le causó problemas secundarios y el 25 por ciento por sentirse bien.

En el análisis de datos se encontró una Chi cuadrada calculada de 20.37 y una Chi cuadrada de tablas de 31.41 con 20 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .32 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 11 por ciento.

CUADRO 25
TIEMPO DE ABANDONO DEL Y BENEFICIOS POR TERMINAR
EL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	• 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SE ALIVIARIA	2	4.2	4	8.3	6	12.5	3	6.3	20	41.7	35	72.9
PODRIA TRABAJAR	-	-	2	4.2	-	-	1	2.1	3	6.3	6	12.5
SE ALIVIARIA Y PODRIA TRABAJAR	-	-	-	-	-	-	-	-	3	6.3	3	6.3
NO SABE	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4.2	2	4.2
NINGUNO	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 9.70 V. de Cramer= .22 M= MESES
 χ^2 t= 26.29 Covariancia= .05 t= Teórica
 gl= 16 p= > .05 Calc= Calculada
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En este cuadro al relacionar el tiempo de abandono y beneficios por terminar el tratamiento se observa que el 91.7 por ciento opinó que se aliviaría y podría trabajar, por otra parte el 60.4 por ciento abandona el tratamiento sin especificar por cuanto tiempo, el 14.6 lo abandonó entre uno y tres meses, el 12.5 por ciento entre cuatro y seis meses.

Se encontró una Chi cuadrada calculada de 9.70 y una Chi cuadrada de tablas de 26.29 con 16 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .22 con una correlación positiva débil y una covarian- de .05.

CUADRO 26

MOTIVOS DE ABANDONO Y BENEFICIOS POR TERMINAR EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
BENEFICIOS POR TERMINAR TRATAMIENTO														
SE ALIVIARIA	4	8.3	8	16.7	11	22.8	5	10.4	2	4.2	5	10.4	35	72.9
PODRIA TRABAJAR	1	2.1	3	6.3	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	6	12.5
SE ALIVIARIA Y TRABAJARIA	1	2.1	2	4.2	-	-	-	-	-	-	-	-	3	6.3
NO SABE	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
NINGUNO	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	2	4.2
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

X Calo= 20.21 V. de Cramer= .32 FAM= FAMILIARES T= TRATAMIENTO
 X 0.05= 31.41 Covariancia= .11 PROB= PROBLEMAS t= teórica
 gl = 20 p= .05 ECON= ECONOMICOS Calo= Calculada
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO MEDIC= MEDICAMENTO

Al analizar los datos arrojados en este cuadro entre las variables de los motivos de abandono y beneficios percibidos por terminar el tratamiento se encontró que un 91.7 por ciento opina que se aliviaría y podría trabajar, de éstos el 27.1 por ciento lo abandonó porque el tratamiento le causó efectos secundarios, el 25 por ciento porque se sintió bien, el 16.7 por ciento por causas diferentes y un 10.4 por ciento por falta de medicamentos.

La Chi cuadrada calculada es de 20.21, la Chi cuadrada de tablas es de 31.41 con 20 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .32 con una correlación positiva débil y una variación explicada del 11 por ciento.

CUADRO 27

TIEMPO DE ABANDONO Y BARRERAS PARA LLEVAR EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
HORARIO INADECUADO DEL SERVICIO DE SALUD	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
DIFICULTAD DE TRASLADO DEL SERVICIO DE SALUD	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	1	2.1
FALTA DE MEDICAMENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4.2	2	4.2
ATENCION NO SATISF. POR PERSONAL DE SALUD	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	1	2.1	3	6.3
PROB. ECONOMICOS	1	2.1	3	6.3	1	2.1	-	-	2	4.2	7	14.6
NINGUNA DIFICULTAD	-	-	2	4.2	2	4.2	3	6.3	23	47.9	30	62.5
PROB. ECON. Y FAM.	1	2.1	1	2.1	2	4.2	-	-	-	-	4	8.3
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo = 35.85 V. de Cramer = .43 FAM-FAMILIARES M-MESES
 χ^2 t = 36.41 Covariancia = .19 PROB-PROBLEMAS t = Teórica
 gl = 24 p = > .05 ECON-ECONOMICOS Calo = Calculada
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO SATIS-SATISFACTORIA

Al relacionar las variables de tiempo de abandono con las barreras encontradas por los pacientes tuberculosos para llevar su tratamiento, se encontró que el 62.5 por ciento no tuvo ninguna dificultad, sin embargo el 47.9 por ciento lo abandonó sin recordar el tiempo de abandono, el 22.9 lo abandonó por problemas económicos y familiares de éstos el 10.4 por ciento lo abandona entre uno y tres meses, y de cuatro a seis meses el 6.3 por ciento.

Encontrando en los datos estadísticos una Chi cuadrada calculada de, 33.85 y una Chi cuadrada de tablas de 36.41 con 24 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .43 con una correlación positiva débil y una variancia explicada de 19 por ciento.

CUADRO 28

MOTIVO DE ABANDONO Y BARRERAS PARA CONTINUAR EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
DIFICULTAD PARA LLEVAR TRATAM.														
HORARIO INACCESIBLE SERVICIOS DE SALUD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
DIF. PARA TRASLADO A SERVICIO DE SALUD	-	-	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1
FALTA MEDICAMENTO	-	-	-	-	-	-	1	2.1	-	-	1	2.1	2	4.2
ATENCION NO SATISFAC- TORIA POR PERS. DE S.	-	-	-	-	2	4.2	-	-	1	2.1	-	-	3	6.3
PROB. ECONOMICOS	3	6.3	2	4.2	1	2.1	-	-	1	2.1	-	-	7	14.6
NINGUNA DIFICULTAD	2	4.2	11	22.9	7	14.6	3	6.3	1	2.1	6	12.5	30	62.5
PROB. ECON. Y FAM.	1	2.1	-	-	2	4.2	-	-	1	2.1	-	-	4	8.3
T O T A L	6	12.6	13	27.1	12	26.0	6	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 41.38

V. de Cramer= .41

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

χ^2 t= 43.77

Covariancia= .17

PROB= PROBLEMAS

DIF= DIFICULTAD

gl = 30

p> .05

ECON= ECONOMICOS

t= Teórica

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTO

Calo= Calculada

Al analizar los datos de este cuadro se encontró que del 100 por ciento de los pacientes que abandonaron el tratamiento el 62.5 por ciento no tuvo ninguna dificultad para llevar a cabo su tratamiento y el 14.6 por ciento por problemas económicos sin embargo el 27.1 por ciento lo abandono por que el tratamiento le ocasiono problemas secundarios, el 25 por ciento porque se sintió bien el 22.9 por ciento por problemas económicos y falta de medicamento y el 16.7 abandono el tratamiento por otras causas.

En los datos estadísticos encontramos una Chi cuadrada calculada de 41.38 y una Chi cuadrada de tablas de 43.77 con 30 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .41 con una correlación positiva débil y una covariancia de .17.

CUADRO 29
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y BARRERAS
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
S I	1	2.1	3	8.3	2	4.2	2	4.2	6	12.5	14	29.2
N O	1	2.1	4	8.3	4	8.3	2	4.2	23	47.9	34	70.8
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

$\chi^2_{\text{Calo}} = 28.46$ V. de Cramer = .38 M= MESES
 $\chi^2_{\text{t}} = 31.41$ Covarianola = .15 t= Teórica
 gl= 20 p= > .05 Calo= Calculada
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Los datos encontrados en este cuadro respecto al tiempo de abandono y problemas secundarios causados por el tratamiento se encontró que el 70.8 por ciento dijo no haber tenido ningun problema, sin embargo el 47.9 por ciento de ellos abandona el tratamiento sin recordar el tiempo de abandono, el 16.6 por ciento refirió haber abandonado el tratamiento entre, uno y seis meses.

Los datos estadísticos en este cuadro nos muestran una Chi cuadrada calculada de 2.95 y una Chi cuadrada teórica de 9.48 con 4 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .25 con una correlación positiva débil y una variación de .06.

CUADRO 30

**MOTIVO DE ABANDONO Y BARRERAS DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.**

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
DAÑOS OCASIONADOS A SU PERSONA														
S I	1	2.1	7	14.6	3	6.3	1	2.1	1	2.1	1	2.1	14	29.2
N O	5	10.4	6	12.5	9	18.8	4	8.3	3	6.3	7	14.6	34	70.8
T O T A L	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

X^2 Calc= 6.00

V. de Cramer= .34

PROB=PROBLEMAS

T=TRATAMIENTO

$X^2_t = 11.07$

Covariancia= .12

FAM=FAMILIARES

t= Teórica

gl = 5 p→ .05

ECON=ECONOMICOS

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC=MEDICAMENTOS

Al relacionar los datos entre los motivos de abandono y daños secundarios causados por el tratamiento se encontró que el 70.8 por ciento no tuvo problemas por otro lado los motivos de abandono fueron 27.1 por ciento porque el tratamiento le ocasionó problemas secundarios, el 25 por ciento dijo haberse sentido bien, el 16.7 por otras causas; el 12.5 por ciento por problemas económicos y el 10.4 por ciento por falta de medicamento.

En los datos estadísticos encontramos una Chi cuadrada calculada de 6.0 una Chi cuadrada teórica de 11.07 con 5 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .34 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 12 por ciento.

CUADRO 31
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y AUTOEFICACIA
DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO INTENTO POR REINICIAR TRATAMIENTO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
S I	2	4.2	3	6.3	5	10.4	1	2.1	16	33.3	27	56.3
N O	-	-	2	4.2	-	-	3	6.3	3	6.3	8	16.7
NO LO NECESITO	-	-	2	4.2	1	2.1	-	-	10	20.8	13	27.1
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 15.64 V. de Cramer= .40 M= MESES
 χ^2 t= 15.50 Covariancia= .16 t= Teórica
 gl= 8 p= < .05 Calo= Calculada
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Al revisar los datos arrojados en este cuadro se encontró que el 56.3 por ciento de la población intentó reiniciar el tratamiento y el 27.1 por ciento argumentó no necesitarlo, entre el primer y segundo grupo el 54.1 por ciento no recuerda el tiempo de abandono.

En los datos estadísticos tenemos una Chi cuadrada calculada de 15.64 y una Chi cuadrada teórica de 15.50 con 8 grados de libertad y una significancia menor de .05 siendo diferente lo obtenido con lo encontrado. La V de Cramer fue de .40 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 16 por ciento.

CUADRO 32

**MOTIVO DE ABANDONO Y AUTOEFICIENCIA DE PACIENTES
QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTIRUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.**

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
INTENTO POR REINICIAR TRATAMIENTO														
SI	5	10.4	7	14.6	7	14.6	5	10.4	2	4.2	1	2.1	27	56.3
NO	1	2.1	3	6.3	2	4.2	-	-	1	2.1	1	2.1	8	16.7
NO LO NECESITO	-	-	3	6.3	3	6.3	-	-	1	2.1	6	12.5	13	27.1
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	6	12.5	48	100

X^2 Calc= 16.52

V. de Cramer= .41

FAN=FAMILIARES

t= Teórica

X^2 t = 18.30

Covariancia= .17

PROB=PROBLEMAS

Calc= Calculada

gl = 10 $p > .05$

ECON=ECONOMICOS

T=TRATAMIENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC=MEDICAMENTOS

Los datos mas relevantes arrojados en este cuadro entre las variables de motivos de abandono y el intento por reiniciar el tratamiento se encontró que el 56.3 por ciento dijo haberlo reiniciado sin embargo el 14.6 por ciento abandonó el tratamiento por haberse sentido bien, otro 14.6 por ciento porque el tratamiento le causó problemas secundarios, el 20.8 por problemas económicos y falta de medicamentos, el 43.8 por ciento declaró no necesitar el medicamento.

Los datos estadísticos nos muestran una Chi cuadrada calculada de 16.52, una Chi cuadrada teórica de 18.30 con 10 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .41 con una correlación positiva débil y una covariancia de .17.

CUADRO 33
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y AUTOEFICACIA
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	♦ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
TENDRIA EXITO	2	4.2	4	8.3	3	6.3	2	4.2	19	39.8	30	62.5
NO TENDRIA EXITO	-	-	-	-	-	-	1	2.1	-	-	1	2.1
NO SABE	-	-	3	6.3	3	6.3	1	2.1	10	20.8	17	35.4
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.6	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 13.08 V. de Cramer= .37 M= MESES
 χ^2 t= 15.50 Covariancia= .14 t= Teórica
 gl= 8 p= > .05 Calo= Caloulada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Los datos relevantes al relacionar la autoeficacia con el tiempo de abandono se encontró que el 62.5 por ciento expresó que tendría éxito al reiniciar el tratamiento, por otro lado el 35.4 por ciento duda tener éxito de reiniciar el tratamiento, entre éstos dos grupos el 60.4 por ciento abandonó el tratamiento sin recordar el tiempo.

Los datos estadísticos nos muestran una Chi cuadrada calculada de 13.08 y una Chi cuadrada teórica de 15.50 con ocho grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo lo obtenido igual a lo esperado. La V de Cramer fué de .37 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 14 por ciento.

CUADRO 34

**MOTIVOS DE ABANDONO Y AUTOEFICACIA DE PACIENTES
QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.**

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
TENDRIA EXITO	6	12.6	10	20.8	7	14.6	3	6.3	1	2.1	3	6.3	30	62.5
NO TENDRIA EXITO	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	1	2.1
NO SABE	-	-	3	6.3	4	8.3	2	4.2	3	6.3	5	10.4	17	35.4
T O T A L	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 12.68 V. de Cramer= .36 PROB=PROBLEMAS t= Teórica
 χ^2 t= 18.30 Covariancia= .13 FAM=FAMILIARES Calc= Calculada
 gl = 10 p> .05 ECON=ECONOMICOS T=TRATAMIENTO
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO MEDIC=MEDICAMENTOS

El análisis de los datos encontrados al relacionar los motivos de abandono con los resultados por reiniciar el tratamiento el 62.5 por ciento dijo tendría éxito sin embargo el 20.8 por ciento lo abandonó porque el tratamiento le ocasionó problemas secundarios y el 14.6 porque se sintió bien, por otro lado el 35.4 dijo desconocer los resultados si reiniciara el tratamiento.

El análisis estadístico nos muestra una Chi cuadrada calculada de 12.68 y una Chi cuadrada de tablas de 18.30 con 10 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .36 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 13 por ciento.

CUADRO 35
TIEMPO DE ABANDONO Y PERSONA QUE LO ORIENTO SOBRE SU
TRATAMIENTO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MEDICO	2	4.2	7	14.6	5	10.4	4	8.3	26	54.2	44	91.7
ENFERMERIA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
PROMOTOR DE SALUD	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
FAMILIAR	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
NINGUNA PERSONA	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 9.12

V. de Cramer= .22

t= Teórica

χ^2_t = 26.29

Covariancia= .04

Calo= Caloulada

gl= 16 p= > .05

M= MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

El análisis de los datos en cuanto al tiempo de abandono y personal que lo orientó sobre su tratamiento es el siguiente: El 91.7 por ciento refiere que fué el médico, de éstos el 54.2 por ciento no recuerda el tiempo en el que abandonó el tratamiento, el 15 por ciento está entre uno y seis meses, el 8.3 por ciento entre siete y doce meses y el 4.2 por ciento más de 30 días.

Los resultados estadísticos son: Una Chi cuadrada calculada de 9.12, una Chi cuadrada teórica de 26.29 con 16 grados de libertad siendo mayor la significancia a .05, por lo tanto es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .22 con una correlación positiva débil y una covariancia de .04.

CUADRO 36

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEÑALES DE ACCION EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
ORIENTO SOBRE ENFERMEDAD Y T.														
MEDICO	6	12.5	11	22.9	11	22.9	5	10.4	4	8.3	7	14.6	44	91.7
ENFERMERIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
PROMOTOR DE SALUD	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1
FAMILIAR	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	1	2.1
NINGUNA PERSONA	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1
T O T A L	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calc= 13.58

V. de Cramer= .27

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

χ^2 t= 31.41

Covariancia= .07

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

gl = 20

p= .05

ECON= ECONOMICOS

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTOS

Al relacionar los motivos de abandono con la orientación que recibió el paciente sobre su enfermedad y el tratamiento, encontramos que el 91.7 por ciento lo orientó el médico; de éstos el 22.9 por ciento abandonó el tratamiento porque le ocasionó problemas, el 12.5 por ciento por problemas económicos, el 10.4 por ciento lo abandonó por falta de medicamento y el 14.6 por ciento por otras causas.

En el análisis de datos se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 13.58 y una Chi cuadrada de tablas de 31.41 con 20 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .27 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .07.

CUADRO 37

TIEMPO DE ABANDONO Y FRECUENCIA DE VISITA DEL PERSONAL DE SALUD EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
ENTRE 8 - 15 DIAS	-	-	3	6.3	-	-	-	-	4	8.3	7	14.6
CADA MES	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	2	4.2
CADA 3 MESES	1	2.1	1	2.1	-	-	-	-	4	8.3	6	12.5
DOS VECES AL AÑO	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2	-	-	3	6.3
UNA VEZ AL AÑO	-	-	1	2.1	1	2.1	-	-	1	2.1	3	6.3
NUNCA	1	2.1	2	4.2	4	8.3	1	2.1	19	39.6	27	56.3
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.6	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 34.37

V. de Cramer= .42

t= Teórica

χ^2 t= 31.41

Covariancia= .18

Calc= Calculada

gl= 20 p = .05

M= MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

De los datos de este cuadro se pueden separar dos grupos. Uno que sí se le visitó y otro que nunca se le visitó. De los primeros tenemos que 43.9 por ciento tuvieron visita por el personal de salud, en cuanto al tiempo de abandono están 20.8 por ciento que no recuerdan el tiempo, 10.5 por ciento entre uno a tres meses y de cuatro hasta doce meses el 10.5 por ciento. A los que no se les visitó son 56.3 por ciento con un 39.6 por ciento que no lo recuerda y un 16.7 por ciento que va desde más de 30 días hasta doce meses.

El análisis estadístico es de una Chi cuadrada calculada de 34.37 y una Chi cuadrada teórica de 31.41 con 20 grados de libertad siendo la significancia igual al .05, por lo tanto fué diferente lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fué de .42 con una correlación positiva débil y una covariancia de .18.

CUADRO 38

MOTIVOS DE ABANDONO Y FRECUENCIA DE VISITA DEL PERSONAL DE SALUD A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SEGUIMIENTO EN DOMICILIO														
ENTRE 8-15 DIAS	-	-	3	6.3	1	2.1	-	-	1	2.1	2	4.2	7	14.6
CADA MES	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
CADA 3 MESES	3	6.3	-	-	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2	6	12.5
DOS VECES AL AÑO	1	2.1	-	-	2	4.2	-	-	-	-	-	-	3	6.3
UNA VEZ AL AÑO	1	2.1	-	-	2	4.2	-	-	-	-	-	-	3	6.3
NUNCA	1	2.1	9	18.8	7	14.6	5	10.4	2	4.2	3	6.3	27	56.3
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calc= 32.60

V. de Cramer= .37

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

χ^2 t= 37.65

Covariancia= .13

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

gl = 25 p= .05

ECON= ECONOMICOS

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTO

La relación de las variables entre los motivos de abandono y el seguimiento de los pacientes nos revelan que el 56.3 por ciento nunca recibió una visita del personal de salud, de éstos el 18.8 por ciento abandonó el tratamiento por problemas con el mismo; el 14.6 por ciento porque se sintió bien y el 10.4 por ciento por falta de medicamentos, del 14.6 por ciento que recibieron visita domiciliaria entre ocho y quince días el 6.3 por ciento lo abandonó porque el tratamiento le causó problemas y el 4.2 por ciento por otras causas.

El análisis estadístico nos arroja una Chi cuadrada calculada de 32.60, una Chi cuadrada de tablas de 37.65 con 25 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .37 y una variación explicada de 13 por ciento.

CUADRO 39
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO
EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO
DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI	1	2.1	2	4.2	2	4.2	3	6.3	11	22.9	19	39.6
NO	1	2.1	5	10.4	4	8.3	1	2.1	18	37.5	29	60.4
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

$\chi^2_{\text{Calc}} = 2.67$ V. de Cramer = .24 M= MESES

$\chi^2_{\text{T}} = 9.48$ Covariancia = .06 t= Teórica

gl= 4 p= > .05 Calo= Caloulada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Al analizar los datos que arrojaron este cuadro encontramos que de la población estudiada al 60.4 por ciento no se hizo seguimiento domiciliario, de éste el 37.5 por ciento no recuerda el tiempo de abandono.

El análisis estadístico presenta una Chi cuadrada calculada de 2.67 y una Chi cuadrada de tablas de 9.48, con 4 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer Cramer fué de .24 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 6 por ciento.

CUADRO 40

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO EN DOMICILIO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
PERSONAL SALUD VISITO DOMICILIO														
SI	5	10.4	3	6.3	5	10.4	-	-	1	2.1	5	10.4	19	39.6
NO	1	2.1	10	20.8	7	14.6	5	10.4	3	6.3	3	6.3	29	60.4
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 11.69

V. de Cramer= .49

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

χ^2 t= 11.07

Covariancia= .24

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

gl = 5 p< .05

ECON= ECONOMICOS

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTO

De los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso el 60.4 por ciento no tubo seguimiento en su domicilio de estos el 20.8 por ciento lo abandonó por problemas con el medicamento el 14.6 por que se sintió bien y el 10.4 por ciento por falta de medicamento.

Los datos estadísticos nos revelan una Chi cuadrada calculada de 11.69 una Chi cuadrada teórica de 11.07 con 5 grados de libertad y una significancia menor de .05 siendo igual con lo obtenido con lo esperado. La V de cramer fue de .49 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 24 por ciento.

CUADRO 41
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y APOYO FAMILIAR
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SIEMPRE	1	2.1	8	12.5	5	10.4	4	8.9	29	47.9	39	81.3
ALGUNAS VECES	-	-	-	-	-	-	-	-	5	10.4	5	10.4
NUNCA	1	2.1	1	2.1	1	2.1	-	-	1	2.1	4	8.8
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.6	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 9.85

V. de Cramer= .32

M= MESES

χ^2 t= 15.50

Covariancia= .10

t= Teórica

gl= 8

p= > .05

Calo= Caloulada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Lo relevante de este cuadro al relacionar el apoyo familiar con el tiempo de abandono donde se encontró que el 81.3 por ciento de la población recibe apoyo familiar sin embargo el 47.9 por ciento de estos no recuerda tiempo de abandono, 10.4 por ciento algunas veces recibe apoyo familiar, el mismo porcentaje no recuerda el tiempo de abandono.

En el análisis de datos se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 9.85 por ciento y una Chi cuadrada de tablas de 15.50 con 8 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .32 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .10.

CUADRO 42

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y APOYO FAMILIAR DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SIEMPRE	6	10.4	13	27.1	9	18.8	4	8.3	2	4.2	6	12.5	39	81.3
ALGUNAS VECES	-	-	-	-	2	4.2	1	2.1	-	-	2	4.2	5	10.4
NUNCA	1	2.1	-	-	1	2.1	-	-	2	4.2	-	-	4	8.3
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 17.06

V. de Cramer= .42

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

χ^2 t= 18.30

Covariancia= .18

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

gl = 10 p=> .05

ECON= ECONOMICOS

Calo= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTO

De los pacientes encuestados y que siempre reciben apoyo familiar el 81.3 por ciento abandonó el tratamiento, el 27.1 por ciento porque el tratamiento le ocasionó problemas, el 18.8 porque se sintió bien y el 12.5 por ciento por otras causas.

Los datos estadísticos nos revelan una Chi cuadrada calculada de 17.06, una Chi cuadrada teórica de 18.30 con 10 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .42 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada de 18 por ciento.

5.2 Comprobación de Hipótesis

De las correlaciones mostradas anteriormente se presentan aquellas que están asociadas directamente con las hipótesis del estudio y que permiten tomar decisiones; por lo que se presentan en forma inductiva.

Ho₁ Los factores sociales como las características demográficas de edad, sexo, escolaridad, ocupación y estrato económico no están asociadas con el abandono del tratamiento.

Hi₁ Los factores sociales como las características demográficas de edad, sexo, escolaridad, ocupación y estrato económico están asociadas con el abandono del tratamiento.

VARIABLES	χ^2_c	χ^2_T	P=.5	V.de Cramer	Decisión
Edad y tiempo de abandono de tratamiento	28.46	31.41	>.05	.38	Se acepta Ho
Sexo y tiempo de abandono de tratamiento	3.78	9.48	>.05	.28	Ho
Escolaridad y tiempo de abandono de tratamiento	19.55	31.41	>.05	.32	Ho
Ocupación y tiempo de abandono de tratamiento	24.25	48.33	>.05	.35	Ho
Estrato económico y tiempo de abandono de tratamiento	26.85	31.41	>.05	.37	Ho
Edad y motivo de abandono de de tratamiento	30.12	37.65	>.05	.35	Ho
Sexo y motivo de abandono de de tratamiento	2.69	11.05	>.05	.24	Ho
Escolaridad y motivo de abandono de de tratamiento	34.00	37.65	>.05	.37	Ho
Ocupación y motivo de abandono de de tratamiento	40.70	43.70	>.05	.41	Ho
Estrato económico y motivo de abandono de de tratamiento	40.70	37.06	<.05	.41	Hi

Conforme a los resultados anteriores se acepta la Ho₁

H_0 , Los factores sociales como el concepto de salud y los conocimientos sobre la enfermedad no están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.

H_1 , Los factores sociales como el concepto de salud y los conocimientos sobre la enfermedad están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.

VARIABLES	χ^2_c	χ^2_T	$P=.05$	V.de Cramer	Decisión
Concepto de salud y tiempo de abandono	28.00	26.30	<.05	.38	Se acepta H_1
Concepto de la enfermedad y tiempo de abandono	5.90	15.50	>.05	.25	Se acepta H_0
Concepto de salud y motivo de abandono	17.61	31.41	>.05	.30	Se acepta H_0
Concepto de la enfermedad y motivo de abandono	5.12	18.30	>.05	.23	Se acepta H_0

De acuerdo al análisis estadístico se acepta la H_0 ,

H₀, Los factores culturales como susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia no están asociados con el abandono del tratamiento antibuerculoso.

H₁, Los factores culturales como susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia están asociados con el abandono del tratamiento antibuerculoso.

VARIABLES	X ¹ c	X ¹ T	P=.05	V.de Cramer	Decisión
Respuesta posterior al abandono y tiempo de abandono (Susceptibilidad)	13.29	26.29	>.05	.26	Se acepta H ₀
Respuesta posterior al abandono y motivo de abandono (Susceptibilidad)	19.60	31.41	>.05	.32	Se acepta H ₀
Riesgo de infectar a su familia y tiempo de abandono (Severidad)	3.44	15.50	>.05	.19	Se acepta H ₀
Riesgo de infectar a su familia y motivo de abandono (Severidad)	7.98	18.30	>.05	.29	Se acepta H ₀
Que daños le causaría si abandonará el tratamiento y tiempo de abandono (Severidad)	13.96	26.29	>.05	.27	Se acepta H ₀
Que daños le causaría si abandoara el tratamiento y motivos de abandono (Severidad)	11.25	31.41	>.05	.24	Se acepta H ₀
Que tan serios serían los daños por abandonar el tratamiento y tiempo de abandono (Severidad)	6.79	15.50	>.05	.26	Se acepta H ₀
Que tan serios serían los daños por abandonar el tratamiento y motivo de abandono (Severidad)	21.33	18.30	<.05	.47	Se acepta H ₁
eneficios por reiniciar el tratamiento y tiempo de abandono	6.96	26.29	>.05	.19	Se acepta H ₀

VARIABLES	χ^2_c	χ^2_T	P=.05	V.de Cramer	Decisión
Beneficios por reiniciar el tratamiento y motivo de abandono.	20.37	31.41	>. 5	.32	Se acepta Ho
Beneficios por terminar el tratamiento y tiempo de abandono.	9.70	26.29	>. 5	.22	Se acepta Ho
Dificultades para llevar el tratamiento y tiempo de abandono (Barreras)	35.85	36. .1	>. 5	.43	Se acepta
Dificultades para llevar el tratamiento y motivo de abandono (Barreras)	41.38	43. 7	>. 5	.41	Se acepta Ho
El tratamiento médico le ocasiono problemas y tiempo de abandono (Barreras)	2.95	9. 8	>. 5	.25	Se acepta Ho
El tratamiento médico le ocasiono problemas y motivo de abandono (Barreras)	6.00	11. 7	>. 5	.34	Se acepta Ho
Intento reiniciar el tratamiento y tiempo de abandono (Autoeficacia)	15.64	15. 0	<. 5	.40	Se acepta Hi
Intento reiniciar el tratamiento y motivo de abandono (Autoeficacia)	15.62	18. 0	>. 5	.41	Se acepta Ho
Que resultados tendría si reiniciara el tratamiento y tiempo de abandono. (Autoeficacia)	13.08	15. 0	>. 5	. 7	Se acepta Ho
Que resultados tendría si reiniciara el tratamiento y motivo de abandono (Autoeficacia)	12.68	18. 0	>.05	. 6	Se acepta Ho

Según estos resultados de acepta la Ho,

Ho, Las señales de acción como orientación, seguimiento y apoyo familiar al paciente están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.

Hi, Las señales de acción como orientación, seguimiento y apoyo familiar al paciente están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.

VARIABLES	Xi ² c	Xi ² T	P=.05	V.de Cramer	Decisión
Persona que la orientó sobre su tratamiento y tiempo de abandono	9.12	26.29	>.05	.22	Se acepta Ho
Persona que la orientó sobre su tratamiento y motivo de abandono	13.58	31.41	>.05	.27	Se acepta Ho
Frecuencias del seguimiento en el domicilio y tiempo de abandono	34.37	31.41	<.05	.42	Se acepta Hi
Frecuencias del seguimiento en el domicilio y motivo de abandono.	32.60	37.65	>.05	.37	Se acepta Ho
Seguimiento en el domicilio por el personal de salud y tiempo de abandono.	2.67	9.48	>.05	.24	Se acepta Ho
Seguimiento en el domicilio por el personal de salud y motivo de abandono.	11.69	11.07	<.05	.49	Se acepta Hi
Apoyo familiar y tiempo de abandono.	9.85	15.50	>.05	.32	Se acepta Ho
Apoyo familiar y motivo de abandono.	17.06	18.30	>.05	.42	Se acepta Ho

Según el análisis estadístico se acepta la Ho.

VI. Análisis de Resultados

Los resultados del estudio conducen a la decisión de que los factores sociales y culturales no están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso; aceptando la hipótesis nula, estos resultados coinciden con lo encontrado por Paz (1994) en donde no encontró diferencias significativas entre las creencias de salud de los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso, según los motivos de abandono; únicamente encontró diferencias en las señales de acción internas. De acuerdo a Rosenstock (1988) estaría existiendo una relación entre las preocupaciones, motivaciones, y creencias de salud del paciente con el desarrollo de acción preventivas, promocionales y de apego al tratamiento; esto indica que los resultados antes señalados no concuerdan con estudios similares realizados por (Backer 1974) y (Pender 1989). En donde el modelo de creencias de salud de (Rosenstock 1988) son la pauta para la toma de decisiones de los pacientes. En relación a los factores sociales como las características demográficas, se encontró que el 58.3 por ciento de los pacientes con tuberculosis y que han abandonado el tratamiento corresponde al grupo de edad de 15 a 44 años; en ellos predomina el sexo masculino con un 70.8 por ciento y la escolaridad es baja ya que el 37.6 por ciento de ellos no tiene escolaridad o solo cursaron la primaria incompleta, 20.8 por ciento cursó el ciclo de instrucción

primaria completa; en relación al estrato económico se encontró también que el 58.4 por ciento no tiene un salario fijo o gana menos del salario mínimo mensual, y la principal ocupación de ellos es obrero, con un 37.5 por ciento.

La mayoría de los pacientes su estado civil es casado con un 45.8 por ciento; estos hallazgos son similares en cuanto a características sociales demográficas con lo encontrado por Paz (1994) en el estudio de abandono del tratamiento antituberculoso, así, como lo reportado en el estudio de evolución del paciente bajo tratamiento antituberculoso realizado por Alonso y García (1986). Estos resultados permiten reflexionar de acuerdo a lo señalado por Laurell (1982) donde señala el carácter social del proceso salud - enfermedad, donde muestra que el perfil epidemiológico está determinado por la estructura social y sus características económicas; de tal manera que la tuberculosis es una enfermedad de la pobreza, en donde se observa que los dos momentos del proceso del trabajo: el productivo y reproductivo consume y desgasta al trabajador y tiene escasas oportunidades de consumir bienes, productos y servicios lo cual permitiría un equilibrio social.

Del grupo estudiado se encontró que el 83.3 por ciento de los pacientes corresponden a la población abierta por lo que son atendidos por la Secretaría Estatal de Salud y solo un 16.7 por ciento tienen derecho a la seguridad social. Estos datos no coinciden con el Programa Nacional de Salud (SSA 1990 - 1994)

en donde se señala que la cobertura de los servicios de salud de México por parte de la seguridad social es del 54.6 por ciento y que la población abierta es del orden del 35.1 por ciento; probablemente estas explicaciones de coberturas están asociadas a los resultados antes señalados por Laurell (1982) en relación al empleo y estrato económico, dado que el tener derecho a la seguridad social obliga necesariamente a tener un empleo fijo y a cotizar dentro de este esquema laboral.

En relación con el concepto de salud de los pacientes que abandonaron su tratamiento el 64.6 por ciento de ellos tienen un concepto Biológico de la salud donde señala que esta es la ausencia de enfermedad o síntomas y un 27.1 por ciento tienen un concepto Eudomonístico, en donde consideran que la salud es la sensación de bienestar y armonía con el medio ambiente. Estos datos coinciden con lo encontrado por Martínez (1993) en donde el concepto de salud prevaleciente en las comunidades suburbanas de Apodaca Nuevo León es de tipo biológico en un 81.0 por ciento y el Eudomonístico en un 5.0 por ciento. De acuerdo a los modelos conceptuales de salud de Smith (1983) estos conceptos tienen que ver con las características culturales y populares influenciados por la cultura prehispánica de México; de igual manera Pender (1989) encontró que el concepto de salud predominante en sociedades norteamericanas es de tipo biológico con un 79.6 por ciento; según Pender (1989) el concepto de salud

tiene una influencia importante en la toma de decisiones positivas para el mejoramiento de la salud, y apego al tratamiento, lo cual concuerda en este estudio donde se encontró significancia estadística entre el concepto y el tiempo de abandono, por otro lado se observó que existe una correlación positiva débil en estas dos variables lo que indica cierto grado de asociación.

Al estudiar los conocimientos que los pacientes tiene respecto a la enfermedad, a la duración del tratamiento, y a los mecanismos de transmisión, se encontró que el 64.7 por ciento conoce que el tratamiento es de menos de un mes hasta seis meses y que su enfermedad puede infectar a otros en un 68.8 por ciento; ellos refieren que los motivos por los que abandonaron el tratamiento fueron por reacciones secundarias al medicamento o por que se sintieron bien en un 52.0 por ciento; sin embargo los resultados no fueron estadísticamente significativos pero si se obtuvo una correlación positiva débil, esto habla de que probablemente existe algún grado de asociación de estas variables; lo que concuerda con lo reportado por Ronquillo (1992) quien estudió el conocimiento que el paciente tiene de la enfermedad y la presencia de una enfermedad crónica (Hipertensión) donde tampoco se encontraron resultados significativos, pero si, una correlación de estas variables.

De acuerdo a las aportaciones pedagógicas de Paulo Freire (1991) dice que en el aprendizaje, solo aprende verdaderamente

aquella persona que se apropia de lo aprendido, transformando lo aprendido (concebir, percibir) reinventando y aplicando lo aprendido en situaciones existenciales concretas; este desfase encontrado entre lo que conocen y hacen, indica que estos pacientes no se han apropiado del conocimiento de la Tuberculosis, o no se lo han explicado significativamente para actuar.

En relación a los factores culturales, los cuales fueron analizados a través del modelo de creencias de salud del Rosenstock (1988) se encontró que en relación a la susceptibilidad con el tiempo y motivos de abandono no existe significancia estadística, sin embargo se observa una correlación positiva débil de estas variables. En este sentido el 81.3 por ciento de los pacientes aceptó el diagnóstico de su enfermedad e inició inmediatamente el tratamiento; de igual forma el 70.8 por ciento de los pacientes refieren que si abandonan el tratamiento pueden agravarse y morir, sin embargo, abandonan el tratamiento por reacciones secundarias al medicamento, por sentirse bien, y por problemas económicos, estos datos coinciden con lo encontrado por Paz (1994) en lo referente a la susceptibilidad, estudiada mediante las consecuencias del medicamento y el riesgo de infectar, donde no se mostró significancia estadística, esto habla de que a pesar de que los pacientes se sienten susceptibles a agravarse o morir por la enfermedad de igual forma lo abandonan. Por otra parte

esto no concuerda con lo señalado por Rosenstock (1988) en donde se menciona que ante la creencia, del individuo de ser susceptible o vulnerable a una enfermedad, este emprende acciones preventivas y de apego al tratamiento.

En cuanto a la severidad, se encontró que el 83.3 por ciento de los pacientes consideran que el abandonar el tratamiento sería grave y mortal, el 60.5 por ciento piensa que el abandono puede ocasionar enfermedades agregadas y complicaciones de la enfermedad; además el 64.6 por ciento cree que su familia puede enfermar. Sin embargo no existe significancia estadística con el tiempo y motivo de abandono, pero si se observó una correlación positiva débil de estas variables, esto coincide con lo encontrado por Paz (1994) donde el paciente visualiza las consecuencias de la enfermedad para él y su familia, sin embargo abandona el tratamiento; en este estudio no se encontró significancia estadística. De acuerdo al modelo de creencias de salud de Rosenstock (1988) no corresponden estos hallazgos con lo referido en relación a la severidad, percepción individual, que puede aumentar la probabilidad de iniciar acciones en beneficio de su salud y del cumplimiento al tratamiento.

Al revisar los beneficios que obtendría el paciente si decidiera reiniciar el tratamiento se observó que el 89.6 por ciento de los pacientes consideran que se aliviarían y podrían trabajar; de igual forma el 91.7 por ciento de los pacientes piensan que si terminan el tratamiento completamente,

podría aliviarse y trabajar, sin embargo, las pacientes abandonaron su tratamiento por diversas causas. En estas variables no se obtuvo significancia estadística, pero se observó una correlación positiva débil, esto coincide con lo reportado por Paz (1994) quien observó que el 69.0 por ciento confía en que el tratamiento lo puede aliviar. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en el Estudio de estilos de vida y uso de servicios de Salud, Alonso (1993), donde se observó que los individuos reconocen obtener beneficios si practican estilos de vida saludables, sin embargo, no utiliza los servicios para promover la salud y prevenir enfermedades. De acuerdo a Rosenstock (1988) los beneficios son las creencias que la gente tiene sobre la efectividad de las acciones para reducir los daños y las amenazas de la enfermedad de tal manera que las personas estarían actuando en favor de su salud.

En el análisis de las barreras, como son la dificultad para llevar el tratamiento o si tuvo problemas secundarios con el medicamento, se observó que el 62.5 por ciento no tuvo dificultades para llevar el tratamiento, sin embargo el 60.4 por ciento no recuerda el tiempo de abandono, y los motivos por los que el abandonó el tratamiento fueron, el 27.1 por ciento refiere que el medicamento le ocasionó problemas, el 25.0 por ciento dice que lo abandonó por sentirse bien. Por otra parte se indagó si el tratamiento le ocasionó problemas, a su persona, encontrando que 70.8 por ciento señala que no tuvo

daños, sin embargo al analizar los motivos de abandono se mostró que el 27.1 por ciento refiere tener problema a causas del tratamiento. Estas variables no tuvieron significancia estadística, y se observó una correlación positiva débil.

Estos datos concuerdan con lo encontrado por Alonso(1986) en la evolución de los pacientes bajo tratamiento antituberculoso. En este estudio el 57 por ciento abandona el tratamiento por sentirse bien, un 36 por ciento por efectos secundarios al medicamento. En otro estudio realizado por Paz (1994), se reporta como motivos de abandono, un 31 por ciento por presentar mejoría y efectos colaterales al fármaco.

Al analizar la autoeficacia a través del intento de reiniciar el tratamiento, se encontró que el 56.3 por ciento lo ha intentado y el 43.8 por ciento no ha intentado reiniciarlo o cree no necesitarlo. De estos pacientes el 27.1 por ciento señala que el tratamiento le ha ocasionado problemas de salud y un 25.0 por ciento abandona el tratamiento por sentirse bien. Al cuestionar sobre su autoeficacia que tendría si decidiera reiniciar el tratamiento, el 62.5 cree tendría, éxito y 37.5 por ciento refiere que no tendría éxito o ignora si lo tendría, de ellos el 60.4 por ciento no recuerda el tiempo transcurrido desde que abandono el tratamiento.

En estas variables no se encontró significancia estadística pero se observó una correlación positiva débil. Estos hallazgos concuerda con lo encontrado por Strecher V.J. (1986) donde la

autoeficacia tiene gran relevancia al querer modificar estilos de vida, seguir tratamientos y acciones preventivas. Rosenstock (1988) incluyó esta nueva variable a su modelo original y ha demostrado la eficacia de ella, en estudios experimentales educativos y de la atención médica en ciertas patologías. Por último, Alonso (1993) encontró en una comunidad suburbana de Guadalupe que el 55.6 por ciento de los individuos consideran tener éxito si intentaran modificar estilos de vida; en este mismo sentido Bandura (1986) explica que el mecanismo de autoeficacia opera en dos aspectos; tener la convicción de que abandonar ciertos hábitos beneficia la salud y que además se tiene la capacidad de emprender acciones de salud conforme a experiencias anteriores.

En lo relacionado a las señales de acción que fueron estudiadas a través de que personal lo orientó sobre el tratamiento, el seguimiento en el domicilio y el apoyo familiar se observó que el 91.7 por ciento del personal de salud, que lo orientó sobre su tratamiento fué el médico, sin embargo, todos por diferentes motivos abandonaron el tratamiento; de ellos el 27.1 por ciento abandonó por problemas ocasionados por el medicamento, el 25.0 por ciento por sentirse bien el 12.5 por ciento por problemas económicos y el 16.7 por ciento por diferentes causas. En este mismo sentido el 60.4 por ciento no recuerda el tiempo que ha transcurrido desde que abandonó el tratamiento.

El análisis estadístico mostró que no existe una relación significativa entre estas variables al .05, sin embargo existe una correlación positiva débil.

Esto concuerda con lo encontrado por Terán (1993) en donde la invitación realizada por el personal de salud para integrarse a los programas a sanos (Planificación Familiar, Detección Oportuna de Cáncer, Control del Niño Sano) no fué significativo, Silva L., (1992) reportó que las mujeres requerían de ser motivadas por la gente para realizarse el examen de Papanicolau encontrando en mayor importancia el papel del esposo y del personal de salud.

Al observar la frecuencia del seguimiento en el domicilio y el tiempo de abandono del tratamiento, se muestra, que el 56.3 por ciento nunca ha sido visitado y solo el 18.8 por ciento fué visitado en forma mensual o quincenal; de estos pacientes el 60.4 por ciento no recuerda el tiempo en que abandonó el tratamiento. En el análisis de las variables existe una significancia estadística al .05, y se obtuvo, una correlación positiva débil de .42. Al relacionar la frecuencia del seguimiento con los motivos de abandono se observó que del 56.3 por ciento que nunca fue visitado, el 18.8 por ciento, abandonó el tratamiento por problemas de salud derivados del medicamento, el 14.6 por ciento por que se sintió bien el 10.4 por ciento por falta de medicamento para su atención.

El análisis estadístico muestra que no existe relación significativa entre las variables pero si existe una correlación positiva débil de .37.

Estos resultados reafirman lo encontrado por Terán (1993) donde el papel del seguimiento domiciliario, es fundamental si se desea que los usuarios asistan a sus controles regulares en los programas a sanos (PF. DOC. CNS). De igual forma Kadadeck (1985) en su modelo de cronicidad privilegia, el papel del seguimiento domiciliario en las diferentes etapas por las que transcurre el paciente, los cuales se inician con desorganización y desequilibrio, que provocan en el paciente tristeza, enojo, culpa y ansiedad, la cual aumenta a medida que se sabe de las implicaciones de la enfermedad; la segunda etapa de reorganización se presenta cuando el personal de enfermería comunitaria continua el seguimiento y orientación, para ayudar, al paciente a ajustarse a la enfermedad y ha aprender nuevas formas de vida, por último, la etapa de resolución ocurre cuando se admiten las pérdidas y se acepta una nueva definición de la identidad individual y familiar incorporado la enfermedad a su vida.

El análisis de los datos en cuanto al apoyo familiar, tiempo y motivo de abandono del tratamiento antituberculoso, se observó que el 81.3 por ciento dijo tener apoyo familiar siempre, de estos el 47.9 por ciento no recuerda el tiempo en que lo abandonó y un 31.2 por ciento lo abandonó entre uno y doce meses.

El motivo por el que abandonó el paciente el tratamiento; del 81.3 por ciento que siempre recibe apoyo familiar se observó que, el 27.1 por ciento por que le ocasiono problemas secundarios el medicamento, el 18.8 por ciento por sentirse bien, 12.5 por ciento por tener problemas económicos e igual para los que abandonaron el tratamiento por otras causas.

Estos resultados no concuerdan con Pender (1982) quien dice que el grado de apoyo familiar a menudo determina la extensión en el cual los nuevos comportamientos que promueven la salud, serán aceptados y mantenidos. Por otro lado en otro estudio realizado por Morisky Y Colegas (1983) citado por (Saenz 1992) en pacientes con Hipertensión Arterial, encontraron que si hubo estabilización de la presión sanguínea cuando los miembros de la familia participaron, brindaron y dieron apoyo al cuidado del paciente.

El análisis estadístico muestra que no existe relación significativa entre las variables al .05, sin embargo se obtuvo una correlación positiva débil (.32, y .42)

Por último, es importante señalar que el modelo de creencias de salud Rosenstock (1988) es un adecuado marco teórico el cual permite operacionalizarlo en la investigación, en virtud que sus elementos y las variables que se desprenden de el facilitan la aproximación al conocimiento científico de las razones que motivan a la gente a tomar decisiones con respecto a medidas preventivas y de apego al tratamiento.

VII. Conclusiones

7.1

1. Conforme a los resultados obtenidos del presente estudio se aceptó la Ho la cual señala que los factores sociales y culturales no están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso. Sin embargo, se encontraron algunas variables que pudieran dar información de mayor significado para conocer los motivos por los que abandonan los pacientes el tratamiento y estas serían, el seguimiento domiciliario el cual debe influir en el aprendizaje significativo efectuado en la realidad en que viven estos pacientes, la motivación para reiniciar el tratamiento y reforzar los conceptos de salud con la congruencia de las acciones que permitan el apego al tratamiento.
2. El perfil sociodemográfico de la población en estudio mostró que el 58.3 por ciento de los pacientes con tuberculosis y que han abandonado el tratamiento corresponde al grupo de edad de 15 a 44 años en el cual predomina el sexo masculino en un 70.8 por ciento. La escolaridad fue baja dado que el 37.6 por ciento no tuvo escolaridad o cuenta con primaria incompleta. El estado civil de estos pacientes fué, casados con un 45.8 por ciento, y en relación al estrato económico el 58.4 por ciento no tiene un salario fijo o gana menos de un

salario mínimo mensual, la principal ocupación de los pacientes es la de obrero. Estas características son similares a las reportadas por el Programa Nacional de Salud en México 1990 - 1994. Cabe destacar que en el aspecto estrato económico y motivos de abandono se encontró significancia estadística lo cual indica que la situación económica es un factor condicionante del abandono del tratamiento; esto coincidió con lo señalado por Laurell (1982) donde la estructura social y económica determina las enfermedades de la pobreza y de la abundancia dentro del perfil epidemiológico de nuestro país.

3. Respecto a la seguridad social se confirma el hecho de que esta enfermedad es más importante en grupos marginados que viven en la pobreza y en la extrema pobreza, dado que solo el 16.7 por ciento de ellos tienen derecho a la seguridad social y por lo tanto a un empleo fijo. El porcentaje nacional de cobertura por seguridad social es del orden de, 54.6 por ciento.
4. En relación a los factores sociales de los pacientes tuberculosos que abandonaron el tratamiento, se encontró que el 64.6 por ciento tiene un concepto biológico de la salud y enfermedad y el 27.1 tiene un concepto eudomonístico. En relación a los conocimientos que los

pacientes tienen sobre su enfermedad se encontró que el 72.9 por ciento conocían su enfermedad y el 68.8 por ciento conocen que su enfermedad es transmisible sin embargo el 64.7 por ciento no tiene claro la duración del tratamiento, en virtud de que saben que la duración de este oscila entre uno y seis meses, esto demuestra que el no obtener significancia estadística probablemente se deba a que los conocimientos fueron transmitidos de una manera conductista, memorística y no significativa, la enseñanza significativa esta basada en problemas reales, en situaciones concretas que forman la vida del paciente, y es el punto de referencia para reiniciar el proceso educativo en salud. Es importante señalar, que el concepto de salud y el tiempo de abandono tuvo significancia estadística y está en congruencia con los motivos por los que abandonaron el tratamiento. Los conceptos corresponden al campo biológico y de bienestar mientras que los motivos de abandono son de estos mismos campos (Reacciones secundarias al tratamiento y sentirse bien). Esto corresponde a lo señalado por Pender (1989) donde indica que el concepto de salud tiene una influencia importante en el apego al tratamiento.

5. En relación a los factores culturales se concluye que la susceptibilidad y la severidad como las percepciones del

paciente, no fueron significativos; lo cual no coincide con lo señalado por Rosenstock (1988) el cual señala que un individuo al sentirse vulnerable o en peligro continuaría apegados a su tratamiento. Probablemente esas explicaciones de estos hallazgos están influidos por el tipo de enfermedad que es crónica y el cual tiene un comportamiento propio estudiado por Kodadek (1982) en el modelo de cronicidad.

6. Conforme a los beneficios y barreras que los paciente identifica al seguir su tratamiento antituberculoso no se encontró significancia estadística; sin embargo llama la atención que el 52.1 por ciento abandonarían el tratamiento por problemas secundarios al tratamiento o por sentirse bien estos hallazgos muestran la necesidad de que el personal de salud realice un seguimiento clínico para valorar estas barreras y mejorar el éxito del tratamiento. Los beneficios son claros para el paciente, sin embargo al comparar los beneficios contra las barreras son mayores éstas que los beneficios que puedan tener.
7. Respecto a la autoeficacia que se estudió a través del éxito que tendrían si reiniciarán el tratamiento, no se observó significancia estadística, lo cual indica por una parte que las experiencias previas no fueron aprendidas

significativamente como para asegurar su permanencia en el tratamiento, o bién, por otra parte pudiera explicarse que los pacientes tienen una baja percepción de su capacidad de iniciar y terminar el tratamiento.

8. Al analizar las señales de acción no se encontró significancia estadística con las variables de apoyo familiar y orientación en salud, sin embargo si se encontró significancia estadística entre el seguimiento domiciliario y el abandono del tratamiento; este hallazgo valora el papel que tiene la visita y el seguimiento en el domicilio del paciente dado que las orientaciones e indicaciones médicas, higiénicas y dietéticas son más eficaces en las medidas que estas se realicen en la realidad concreta del paciente.

7.2 Recomendaciones

1. En virtud de la importancia que tiene el apego al tratamiento para tener éxito en la recuperación de la salud de paciente tuberculoso y basado en los hallazgos de este estudio se sugiere profundizar en el seguimiento domiciliario como temática que pudiera ofrecer nuevas explicaciones acerca del éxito del tratamiento.

2. Existen varios estudios encaminados hacia el abandono del tratamiento con distintos enfoques metodológicos por lo que se recomienda estudiar comparativamente los pacientes que han tenido éxito con el tratamiento con aquellos que no lo han tenido, de tal manera que esto permita identificar el perfil y las conductas seguidas en cada caso. Con este estudio se podría apropiar científicamente al conocimiento de las razones que motiva a los individuos a apegarse al tratamiento recomendado.
3. El modelo de creencias de salud de Rosenstock (1988) es un marco teórico que permitió el desarrollo de esta investigación partiendo del elemento conceptual abstracto y operacionalizarlo a través de las variables en una realidad concreta. Por lo que se sugiere, seguir probando este modelo de creencias de salud en otros estudios que comprendan desde el uso de medidas preventivas y promocionales de salud hasta el desarrollo de conductas del paciente frente al tratamiento y la rehabilitación.
4. En virtud de que el seguimiento domiciliario fué muy significativo en este estudio y dado que estos pacientes defieren de actuar basados en sus propias creencias, se recomienda utilizar el modelo de cronicidad de Kodadeck (1982) para próximos estudios donde se enfatice el papel

que tiene cada etapa por las que atraviesa el paciente a lo largo de la enfermedad, y las respuestas que muestra y las percepciones que tiene frente a la desorganización y al desequilibrio, a la reorganización y a la etapa de resolución.

5. La función principal del sistema de salud es facilitar y coordinar los servicios de salud ofrecidos a la comunidad; es en esencia quien resuelve problemas y actúa con los pacientes, por lo que se recomienda a los administradores de los servicios de salud fortalecer en el programa del control antituberculoso el apego a las normas del tratamiento ya que esto facilita la continuidad y podría limitar su abandono.
6. Es necesario desarrollar estrategias metodológicas que promuevan en los programas de educación para la salud el aprendizaje significativo. Este involucra a la familia como recurso de apoyo en el tratamiento del paciente implementa las orientaciones en salud en la propia realidad de este y se genera a partir de las necesidades, problemas y percepciones acerca de la enfermedad de tal manera que se estimule al paciente a desarrollar una fuerza interna que le de seguridad para obtener el éxito en su tratamiento.

7. El personal de salud debe apoyarse con ONG's dedicados al mejoramiento del estado nutricional, desarrollo social como mejoramiento del ambiente y capacitación para el trabajo de tal manera que estos factores pudieran coadyuvar en el apoyo al tratamiento antituberculoso y la recuperación del paciente.

8. Es deseable que el personal de salud se mantenga actualizado acerca de las normas del programa antituberculoso para lograr mayor efectividad en ellas, capacitarlos en nuevas metodologías en el seguimiento, visita domiciliaria, la formación de grupos de autoayuda y en educación participativa.

VIII. Bibliografía

8.1 Referencias Bibliográficas

1. Alonso C. et. al. "Estilos de Vida y Uso de Servicios de Salud". Tesis de Maestría en Salud Pública. U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León Mayo 1993 96-100 pp.
2. Alonso y García "Evaluación de los Pacientes Bajo Tratamiento Antituberculoso" Estudio de Comunidad en Area Metropolitana de Monterrey, 1986 1-16 pp.
3. Bandura A. Self - Eficacy " In Social Foundation of Thought and Action Englewood Oliff. Frentice Hall New Jersey 1986. 390-453. pp.
4. Becker M.H. "Identify in Belif Model and Personal Behomar" New Jersey Charles Bsolck 1974.
5. Departamento de Epidemiología Subsecretaria, Estatal de Salud Jurisdicción Sanitaria No.4 Reporte Estadístico Guadalupe, Nuevo León 1994.
6. Departamento de Epidemiología, Subsecretaria Estatal de Salud " Evolución del Tratamiento Primario de Casos Positivos a la Baciloscopía" Monterrey, Nuevo León 1989.

7. Dirección de Planeación, Subsecretaría Estatal de Salud "Reporte de Estadísticas Vitales", Monterrey, Nuevo León 1992.
8. Flores, A. Manejo de Problemas Médicos en el Primer Nivel de Atención. Primera Edición U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León Agosto 1990, 398 pp..
9. Freeman, B.A. Microbiología Burrows Veintidoceava Edición Editorial Interamericana Mc. Graw- Hail, México 1989. 691-697 pp.
10. Fraire, P. " Extensión o Comunicación " La concientización en el Medio Rural. México dieciseisava Edición Siglo XXI Editores 1991 27-42 pp.
11. Kodadek, Sheila " Working the Chronically Illness Nurse Practitioner in Ambulatory Core" American Journal of Primaty Healt Core. Marzo 1985 10 (3) 45-48 pp.
12. Laurell, A.C. ' El Carácter Social del Proceso Salud - Enfermedad y su Relación con el Proceso de Trabajo" Vida y Muerte del Mexicano tomo I. Primera Edición México D.F. Folios Ediciones 1982 189-217 pp.

13. Levin, Jack Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. Segunda Edición México, D.F. Editorial Harla 1992 305 pp.
14. Martínez, R. ' El concepto y la Percepción de Salud con la práctica de Estilo de Vida "Tesis de Maestría en Enfermería en Salud Comunitaria". U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León, 1994. 90-102 pp.
15. Martínez, et. al "Investigación Experimental" Factores que influyen en el Abandono del Tratamiento Antituberculoso y Valoración de una Programa de Vigilancia Familiar " Revista Médica del IMSS México, D.F. 667-675 pp.
16. O.M.S./O.P.S. " El Futuro de la Lucha Antituberculoso Problemas y perspectivas" Boletín Epidemiológico Vol 96 No.2 Washington, D.C. Febrero 1984 125-130 pp.
17. OPS/ Oficina Regional de Campo Fronterizo México E.E.U.U. "Informe Epidemiológico Anual". El Paso Texas U.S.A. 1979.
18. Paz, M.A. " Creencias de Salud y Abandono del Tratamiento Antituberculoso en Pacientes Adultos "Tesis de Maestría Comunitaria en Salud Comunitaria". U.A.N.L., Monterrey, Nuevo León, Febrero 1994, 42-49 pp.

19. Pender, " A Proposed Model for Healt - Promoting Behavior"
Healt Promotion in Nursing Practica Connecticut third
Edition, Appleton Lange, 1989, 57-72 pp.
20. Ramos, E.J. et. al " Tópicos actuales en tuberculosos"
Sector salud 1993
21. Rojas, S.R. Guía para Realizar Investigaciones Sociales.
Séptima edición México, Plaza y Váldez Editores, Febrero,
1991. 279 pp.
22. Ronquillo R. "Apoyo Percibido Efectos Sobre el Paciente
Hipertenso Para que Realice Acciones de Autocuidado" Tesis
de Maestría en Enfermería en Salud Comunitaria. U.A.N.L.
Monterrey, Nuevo León, Abril 1992 45-51 pp.
23. Rosenstock, I. "Porque la Gente Utiliza los Centros de
Salud" Melbank Mem. Foundation O. Report. Vol 44 U.S.A.
Mayo - Junio 1966.
24. Rosenstock, I. Becker M. " Social Leraning Theoryand the
Healt Belif Model" Health Education New Jersey Vol. 15
1988.

25. Rubel, A. J. Garro, L.C. " Social and Cultural Factors in the Succes Ful Control of Tuberculosis", Public Healt Reports. U.S.A. November- December, 1992 626-636 pp.
26. Schnieder, N. "Creencia y Adherencia a la Salud en Enfermedades Crónicas" U.S.A. (S.F.).
27. Secretaría de Salud Programa Nacional de Salud 1990 - 1994. México, D.F. Centro Nacional de Información y Documentación en Salud. Enero 1991. 76. pp.
28. Sistema Nacional de Salud. Manual de Normas y Procedimientos Para la Prevención y Control de la Tuberculosis. México, 1991. 38-49 pp.
29. Stretcher, V.J. Debellis, B. Becker, M. Rosenstock, I. (1986) "The Role Self - Efficacy in Ochieving Healt Beahvior Change" Healt Education. Spring 1986 13 (1); 73-79 pp.
30. Sáenz E. "Función Familiar en el Seguimiento y Control del Paciente diabético"Tesis de Maestría en Enfermería en Salud Comunitaria. U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León Noviembre 1992. 53-58 pp.

31. Silva, L. et. al. "Factores Socioculturales que Influyen en la Prevención y Control del Tratamiento de la Displacia Cervical" Investigación Paralela. Universidad de Texas Medical Branch Galveston Texas y Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León México 1992.
32. Smith, J. " The Idea If Healt" Implication For The Nursings Profession. New York. 1993.
33. Terán, C. "Influencia de las Creencias Maternas de Salud en el Uso de Programas Preventivos Materno Infantiles" Tesis de Maestría en Enfermería en Salud Comunitaria. U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León, Julio 1993. 107-124 pp.
34. Toman. K. et. al. "Questions and Answers" Third edition, Washington, D.C. World Healt Organitation 1980 7914 pp.
35. U.A.N.L. Facultad de Salud Pública " Tuberculosis Pulmonar y Abandono del Tratamiento". Jurisdicción Sanitaria No. 4 Ciudad Guadalupe, Nuevo León; México 1987. Monterrey, Nuevo León.

A N E X O S

A N E X O 1

Variables de estudio y su operacionalización

1. Variables de estudio

a) La variable independiente esta se entiende como el elemento fenómeno o situación que explica condiciona o determina la presencia de otro (Rojas Soriano 1991).

En este caso como la variable independiente corresponde a los factores sociales y culturales ya que los investigadores suponen que las características demográficas, el concepto de salud y los conocimientos que sobre la enfermedad tiene los pacientes tuberculosos influyen en el abandono del tratamiento (variable dependiente). De igual forma los factores culturales analizados mediante el modelo de creencias de salud de Rosenstock (1988) el cual incluye la susceptibilidad, severidad, barreras, beneficios y autoeficacia, explican en que forma la cultura influye en las tomas de decisiones del individuo con respecto a la salud y a la enfermedad y porqué en el caso de este estudio el paciente decide abandonar el tratamiento.

b) La variable dependiente puede definirse como el elemento fenómeno o situación explicada o que está en función de la variable la cual sería la independiente (Rojas Soriano 1991).

La variable dependiente en este estudio es el abandono del tratamiento lo cual significa la desición del paciente de continuar o no con el tratamiento, ,esta desición puede ser consiente o inconsciente y esta influida por los factores sociales y culturales de la persona (variable independiente)

2.2 Variables del Estudio

- a) Factores Sociales y Culturales (Independiente)
- b) Abandono del Tratamiento (Dependiente)

2. Definición de Términos

- a) Abandono del Tratamiento Antituberculoso en la inasistencia continuada del caso de tuberculosis a la unidad de salud después de 30 días de la última asistencia.
- b) Tratamiento Antituberculoso Acción de las droga como:
 - Bactericida
 - Esterilizante
 - Bateriostática
- c) Paciente con Tuberculosis Pulmonar Enfermo cuyo diagnostico de T.B.P. confirmado y registrado en Enero - Diciembre de 1993
- d) Variable Demográfica
Son la edad, sexo, estado civil y escolaridad.
- e) Variables Sociales
Son el concepto de Salud y los conocimientos sobre la enfermedad de la Tuberculosis.